Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

h72

Digitized by Google

MEDICAL

STATE UNIVERSITY OF IOWA LIBRARY

Class 617.805

Book M73
V.29

Acc. 614438

Digitized by Google

UNIVERSITY OF IOWA
3 1858 021 573 757

Digitized by Google

M

Class....(

Book.....

Acc.....

Digitized by Google

Digitized by Google

MEI

STATE UNIVE

LIBR

lass.....6

ook.....

cc.....6

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. **Wien.**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München.**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien.**

Neunundzwanzigster Jahrgang.

Berlin 1895.

Verlag der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung

(Oscar Coblentz.)

Digitized by Google

MEI

lass....6

ook.....

cc.....6

Digitized by Google

617.805
M73
v. 29

I. Sach-Register.

Abductoren, Paralyse der, im Verlaufe von tertiärer Syphilis 100.
Abscess, tuberculöser des Corp. thyreoideum 442.
Abscesse, Einschneiden der kalten, retropharyngealen in der vorderen seitlichen Halsfläche 141.
— der Mandelumgebung 25.
—, Eröffnung der retropharyngealen 60.
—, über die sogenannten acuten der Nasenscheidewand 491.
Acidum trichloraceticum, über die Anwendung des bei chronischen eitrigen Entzündungen des Mittelohres 1.
Aegophonie, über die Ursache der 258.
Affectionen des Pharynx, Larynx und der Nase, über rheumatische und verwandte 208.
Anatomie der Nase menschlicher Embryonen, zur 253.
— der unteren Wand des Sinus frontalis, zur 97.
— des „blutenden Septumpolypen", Bemerkungen zur 171.
— des Kehlkopfs, Studien zur feineren. 1) das Stimmband, seine Leisten und Drüsen 29.
— — —, Studien zur feineren 101.
— des Schläfebeins, Beitrag zur 309.
Aneurysma der Aorta mit Oedem des Kehlkopfs 262.
—, über die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden 307.
Angina, Behandlung der diphtheritischen mittelst Sublimatglycerin 26.
— follicularis, Beitrag zur Aetiologie der sogenannten 213.
— infectiosa 61.
Angina pseudomembranacea b. Influenza 261.
— — mit Streptococcen und Orchitis bei Varicella 212.
— — mit tödtlichem Ausgang während des Verlaufes von Scharlach 261.
—, über eine parasitäre, durch einen Hefepilz hervorgebracht, klinisch mit dem Soor übereinstimmend 61.
— und acuter Gelenkrheumatismus, die Beziehungen zwischen 180. 302.
— urica, über 14.
Angiom des Pharynx, ein Fall von 330.
Angiome der Nasenschleimhaut, über cavernöse 22.
Anomalie, unilaterale congenitale des Gaumensegels 350.
Antidiphtherieserums, üb. einige Eigenschaften des Behring'schen 351.
Antipyrin als Anästheticum des Pharynx und Larynx 59.
—, über die Anwendung des als Anästheticum bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes 174.
Aphasie, ein Fall von vorübergehender nach Scharlach-Diphtheritis 197.
Argyria, Fall von 76.
Arthritis cricoarytenoidea acuta und subacuta bei Rheumatismus, üb. 352.
— deformans des Larynx 303.
Articulationsaphasie und Intonationsaphasie, über bei Besprechung eines Falles von corticaler motorischer Aphasie ohne Agraphie 99.
Athembeschlag als Hilfsmittel zur Diagnose der nasalen Stenose 57.
Athmungswege, Behandlung von Krankheiten der mittelst grosser Einspritzungen von Medicamenten durch den Kehlkopf 62.

61443

Digitized by Google

Athmungswege, Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen einschliessl. des Gehörs; auf Grund von Beobachtungen an Lebenden und an der Leiche 20.
Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes 179.
Atlas, stereoscopischer des menschlichen Ohres nach durchsichtigen, macroscopischen Präparaten 89.

Bacillus, über das Fortbestehen des Löffler'schen bei von Diphtheritis geheilten Kindern 302.
Basedow'sche Krankheit, über die Natur der 301.
Bemerkung zu dem Referate des Herrn Gomperz in Mo. IX, den Jahresbericht der Ohrenklinik zu Halle von 1890/91 betreffend 456.
Bericht, statistischer über die in den Jahren 1887—1889 incl. behandelten Ohrenkranken 249.
— über die Thätigkeit der Kgl. Univ.-Ohrenklinik zu Halle a. S vom 1. April 1890 bis 31. März 1891 341.
— über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle 265. 313.
—, zu meinem über die Sitzungen der Section für Ohrenheilkunde der 66. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte 54.
Bitte 104.
Blutung, tödtliche nach Entfernen der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes 174.
Blutungen, heftige aus der Nase 345.
Bromäthylnarcose bei den postnasalen adenoiden Vegetationen 494.
Bronchopneumonie, Prophylaxe und Behandlung der, welche nach Tracheotomie bei Diphtheritis eintritt 176.

Canalis incisivus, der und das Jacobson'sche Organ 176.
Carcinom des Ohres, Nachtrag zu dem in dieser Monatsschrift veröffentlichten Fall von 357.
Carcinom der Trachea, primäres 443.
Cartilago thyroidea, Fractur der 396.
Castration, Resultate der auf die weibliche Stimme 28.
Casuistik und Aetiologie des Carcinoms des Gehörorgans, Beitrag zur 221.
Choanalatresie, zwei weitere Fälle von completer einseitiger 173.
Chondritis des Larynx, primäre und Beschreibung eines solchen Falles, wo Zerstörung des Knorpels eintrat; Tracheotomie; Tod nach 17 Monaten 400.
Cocain, Regeln bei Anwendung des 445.
Congress, der 13. für innere Medicin 102.
Cricoarytänoidei postici, Fall von doppelseitiger Lähmung, der verbunden mit Tabes dorsalis, Erstickungsnoth, Tracheotomie, Erholung, Bemerkungen 399.
Croup, primärer bei einem 7jährigen, mit Larynxpapillom behafteten Kinde. Intubation durch 6 Wochen hindurch, schliessl. Tracheotomie 498.
Cystentumor des Naseneinganges 437.

Demonstration von Schädeln, die den Einfluss des Cretinismus auf die Gestalt der Nasenhöhlen zeigen 346.
Desinfection der tuberculösen Sputa mittelst Holzessig 443.
Diaphragma, über das angeborene des Kehlkopfs 31.
Diphtheriebacillen, zur Frage von der Häufigkeit und Dauer der Persistenz virulenter im Rachen nach Genesung von Diphtherie 498.
Diphtherie, behandelt mit Aronsohn's Antitoxin 27.
—, Behandlung der mit den löslichen Salzen des Quecksilbers 27.
— — mit Antitoxin 27.
— bei Säuglingen, über 497.
—, die Behandlung der nach der Behring'schen Methode 351.
—, die klinische Bacteriologie der und deren Behandlung mit Antidiphtherieserum 144.
—, ein Besuch in Paris, um die practische Behandlung der mit Antitoxin-Serum kennen zu lernen 60.
—, ein Fall von, der erfolgreich mittelst Einblasungen und Tabletten von Magnesia sulfurica behandelt wurde 259.
— -Epidemie, Betrachtungen anlässlich einer in Schlüsselburg 144.

Digitized by Google

Diphtherie, Fall von, mit Antitoxin behandelt 213.
—, Masern complicirend, mit Antitoxin behandelt 60.
- mit Antitoxin behandelt 144.
Diphtheritis, 300 Fälle von 259.
—, Behandlung der mittelst der Serumtherapie im Hospital Trousseau 213.
— und Serumtherapie, Beitrag zum Studium der 259.
Divertikel, die seitlichen des Nasenrachenraumes 25.
Diverticulum der Mundhöhlenschleimhaut mit Concrementbildung 141.
Druckausübungen, über die centripetalen (der Gellé'sche Versuch), eine semeiologisch-auriculäre Studie 389.
Drüsenepithelkrebs des Kehlkopfs 62.
Ductus Riviniani, acute Entzündung der und der Glandulae sublinguales 80.
Durchleuchtung der Kieferhöhle, nochmals die Ueberschätzung der 155.
Dysphagie, Fall von scheinbarer 399.

Eingesendet 219. 500.
Eiteransammlungen, über extradurale im Verlauf von Mittelohrerkrankungen 392.
Eiterungen des Sinus frontalis, Beitrag zum Studium der, insbesondere ihre chirurgische Behandlung 23.
— im Processus mastoideus, zur Diagnostik der 94.
— in der Highmorshöhle, meine Erfahrungen in der Behandlung der 172.
Electrolyse in der Laryngologie, über den Werth der 400.
Entzündung, syphilitische des Cricoarytenoidalgelenkes 442
Enuresis nocturna und adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum, über das Verhältniss zwischen 255.
Epiglottis, über das Verhalten der bei einseitiger Recurrenslähmung 397.
Epiglottiscyste 304.
Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle, ein Fall von primärem 255.
Erklärung 500.
Erkrankungen des Pharynx, des Kehlkopfes und der Nase, über rheumatische und verwandte 495.
— die der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes 431.
—, über die entzündlichen der Stirnhöhle und ihre Folgezustände 91.
Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung, zur 24.
Erwiderung auf die vorstehende Bemerkung des Herrn Dr. Rudolf Panse 456.
Exothyropexie, chirurgische Behandlung der Kröpfe durch 306.

Fibrosarcom am Zungengrunde 75.
Fischgräten in dem Halse und was sie für den Schluckact lehren 208.
Fremdkörper (Goldmünze), Fall eines, eingebettet in den Ventrikeln des Kehlkopfes 355.
— im äusseren Gehörgang, Beitrag zur Casuistik der 18.
— während 17 Monaten im Kehlkopf; Extraction mittelst Laryngotracheotomie 355.
Fremdkörpergefühl im Larynx und Pharynx durch Cocain geheilt 62.

Galvanocaustik, zur 233.
Ganglion supraclaviculare, klinische Bedeutung des 442.
Gaumenbögen, zwei Fälle von angeborener Anomalie der vorderen 396.
Gaumenfissuren, die vom orthophonischen Standpunkt aus betrachtet 143.
Gehirnsarcom fälschlich als Gehirnabscess diagnosticirt und operirt 344.
Gehörgangs, Versuch der Bildung eines künstlichen bei angeborenem Mangel des äusseren Gehörgangs und beiderseitiger mangelhafter Entwicklung der Ohrmuschel 341
Gehörorgan, über eine Methode, macroscopische Präparate des durchsichtig zu machen 490.
Gehörsperception auf einem Ohre, über den Ausfall der 159.
Gerüche, über die verschiedenen und ihren Einfluss auf die Stimme 347.
Geschwülste, über maligne Transformation gutartiger der Highmorshöhle 58.
— des äusseren Ohres, zur microscopischen Anatomie der 251.
— im Halse, die Wichtigkeit einer frühen Diagnose der bösartigen 354.
- , Behandlung von inoperablen bösartigen mittelst der Toxine des Erysipels und des Bacillus prodigiosus 31.
— der Nasenscheidewand, zur Lehre von den blutenden 171.

Digitized by Google

Gèschwüre am unteren Pharynxtheil bei einem mit Pyloruscarcinom behafteten Kranken 59.
Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte 123. 242.
—, die deutsche otologische 104.
—, niederländische für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde; 2. Jahresversammlung, 1. Juli 1894, in Amsterdam 48. 82.
—, österreichische otologische 103.
— —, officieller Bericht 202. 427. 481.
— russischer Aerzte an der kaiserlich Warschauer Universität, aus der 300.
Gipsabdrücke des Nasenrachenraumes und der Choanen, über 97.
Gipsmodelle, die Nasenhöhle und ihre Nebenräume in, natürlicher Grösse, nach Schnitten eines Spiritusschädels hergestellt, zur Einführung in die rhinologische Praxis, sowie zur Demonstration und Einübung specialistischer Technicismen für Studenten, practische Aerzte, Specialisten und Lehrer 488.
Glandulae thyroideae, über Structurveränderungen der nach Entfernung der Schilddrüse 397.
Glottisödem, acutes mit tödtlichem Ausgang 399.
Glycosurie durch Nasenverstopfung hervorgebracht 438.
Griff, ein neuer für galvanocaustische Schlingen 102.
Grippe-Epidemie, Beobachtungen über die gegenwärtige 262.
Gumma des Kehlkopfes, ein Fall von 442.

Hämatom der Nasenscheidewand, durch seltenes Trauma hervorgebracht 22.
— der Nasenscheidewand, über 96.
—, über das und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand 206.
Hämorrhagie, beunruhigende, als Folge einer Eröffnung des Antrum Highmori vom Alveolarfortsatz aus 493.
Halskiemenfistel durch Electrolyse geheilt 328.
Hammer-Amboss-Excision, Beitrag zur 342.
Heilserum, schwere Erscheinungen nach Injection von Behring'schem 351.
Highmorshöhle, acute Entzündung der nach Influenza 438. 439.
Hirnabscess, Mittheilungen über den tiefen bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein, nebst Bericht über einen operativ geheilten Fall von Grosshirnabscess 65.
Höhle, über eine abnorme im Felsentheile des Schläfebeins 454.
Hörübungen, über den Werth methodischer für Taubstumme und für Fälle von nervöser Taubheit im Allgemeinen 57.
Hörvermögen, über das der Taubstummen 20.
Hydrorrhoea nasalis, Beitrag zum Studium der 136.
Hypertrophie der Zungenmandel 257.

Infectionsmodus, über den bei Kehlkopftuberculose und einige seltenere Fälle von Kehlkopftuberculose mit günstigem Verlauf 39.
Instrumentarium, aseptisches für Galvanocaustik 445.
Insufflation von Pulvern in den Kehlkopf, zur 446.
Intubation bei Larynxstenosen, die 147.
— bei subglottischem Oedem 303.
— mit gewaltsamer Dilatation des Larynx während weniger Minuten, für diphtheritische und croupöse Laryngitis 499.
Irrungen, laryngologische 353.

Jahresbericht, sechster aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund-Krankheiten 105.
Jodödem des Larynx, zwei Fälle von acutem 177.

Kehlkopf, die Ergebnisse der Radicaloperation bösartiger Erkrankungen des nach den Erfahrungen der Privatpraxis 145.
—, Festsetzen eines halben Sovereigns im und danach in dem linken Bronchus, Section 29.
—, über äussere Untersuchung des 499.
Kehlkopfentzündung, ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen 216.
Kehlkopfgeschwülste, Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Uebergangs gutartiger in bösartige 305.

Digitized by Google

Kehlkopflähmung, Bemerkung zu einem Falle von tabetischer 304.
—, linksseitige (Hemiplegia laryngis sin.) im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit von unbestimmter Natur 407.
Kehlkopflepra, ein Beitrag zur Kenntniss der 216.
—, zwei weitere Fälle von 304.
Kehlkopfmuskeln, über die normale und pathologische Physiologie der 177.
Kehlkopf-Neurasthenie 145.
Kehlkopfschwindsucht. sieben Fälle von günstig verlaufener resp. geheilter 304.
Kehlkopf-Störungen, über die Classificirung der neuro-motorischen 499.
Kerne und Wurzeln, über die des N. accessorius und N. vagus und deren gegenseitige Beziehungen; ein Beitrag zum Studium der Innervation des Kehlkopfs 262.
Kieferhöhlenempyem. einige kurze klinische Bemerkungen z. Lehre vom 348.
Kirschkern in der Nase 437.
Knorpel, die keilförmigen des Kehlkopfs sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm benannt werden 262.
Krebs in der Speiseröhre 264.

Laborde'sche Methode. die während einer Tracheotomie 401.
Labyrinth, Druck und Drucksteigerung im 436.
Labyrinthentzündung bei Lues hereditaria tarda, ein Fall von 275.
Lähmung nach einer pseudomembranösen Angina, welche bacteriologisch als nicht diphtheritisch erkannt war 213.
Lähmungen, über das Vorkommen diphtheritischer ohne vorhergehende Schlunderkrankung 26.
Laryngitis fibrinosa, über 212.
— sicca. einige Bemerkungen über die chronische 217.
—. spontane Heilung eines Falles von ulceröser tuberculöser 216.
Laryngocele, Fall von 30.
Laryngotracheitis, suffocatorische und Methode zur schnellen Erleichterung 355.
Larynx, Exstirpation des, sechs bisher unveröffentlichte Fälle mit Analyse von 300 aus der Literatur gesammelten Fällen 263.
Larynx, Fremdkörper (Hammelknochen) im, Tracheotomie 304.
Larynxexstirpation wegen Carcinom, ohne Recidive 147.
Larynx-Neurasthenie 101.
Larynxspiegel, concave 32.
Larynx- und Lungentuberculose, moderne Behandlung der 217.
Larynxtuberculose. Caries und Durchbrechung der Cartilago thyroidea. Tuberculöser extralaryngealer Abscess. subcutanes Emphysem 443.
—, die Behandlung der mit Creosot und submucösen Injectionen desselben Mittels 305.
— durch Beischlaf erworben 31.
—. primäre durch Beischlaf entstanden 305.
Lipom der Mandel 59.
— der Tonsille 76.
Lippen, über Veränderung der als Folge lange bestehender Mundathmung 349.
Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und ihren Nebenhöhlen, experimentelle Untersuchungen über 95.
Lungengewebe bei Ertrunkenen. Experimente über das Eindringen von Fremdkörpern in das interstitielle 307.

Mandelgewebe, Entzündungen des lymphatischen an der Zungenbasis. vierte Mandel. Zungenmandel 210.
Mandelhypertrophie, neue chirurgische Behandlung der 26.
Mandeln. maligne Leiden der 350.
Mandelsarcom, Folgen eines 350.
Mandelschanker 496.
—, syphilitischer 59.
Mandelstein, ein von ungewöhnlicher Grösse 496.
Mechanismus der verschiedenen Arten, das Athmen wieder hervorzurufen 495.
Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraumes, über 24.
Metallspiegel, über den Werth von 308.
Meyer-Denkmal, Dr. Wilhelm 451.
Microorganismen in der gesunden Nase 393.
Migräne nasalen Ursprunges 438.
Misshandlung der Stimme, über 440.
Mittelohraffectionen, über Störungen des Gleichgewichtes bei 56.

Digitized by Google

Mittheilungen, rhino-laryngologische 75.
Mittelohrentzündung der Säuglinge 18.
Mittelohrräume, zur Geschichte und Technik der operativen Freilegung der 252.
Mittelohr- und Labyrintherkrankungen, zur Differentialdiagnose der 489.
Morbus Basedowi 61. 356.
— — bei einem 12jähr. Mädchen 301.
— Ménièrei. über 181.
Mundschleimhaut, ein Reflex der, welche durch Schwefeläther gereizt ward 141.
Mund-, Kieferhöhlen- und Nasentuberculose, ein Fall von 257.
Muschelvarix 394.
Musculi hyoepiglottici 59.
Myxoedem durch Darreichung von Glandula thyroidea vom Schafe geheilt 25.

Nachruf an Moos 446.
Nasenbluten, schweres 96.
Nasenhöhle, zur Topographie und Chirurgie der 346.
Nasenpolypen 58.
—, über die Nerven der 254.
Nasenrachenpolypen. Behandlung d. 173.
Nasenrachenraum, der bei Masern und Scharlach 97.
Nasenrachentumoren, zur Operationsfrage der 207.
Nasenscheidewand, ein Fall von S-förmiger Verbiegung der, erfolgreich mittelst einer Reihe von Operationen und des Gebrauchs von Retentionsapparaten behandelt 492.
Nasenscheidewandverbiegungen, über die Behandlung von, mit der Trephine 344.
Nasenseptum, Perforationen des 491.
Nasensteine, über spontane. Nothwendigkeit der microscopischen und chemischen Untersuchung 348.
Necrose, ausgebreitete der Nasenscheidewand und der linken unteren Nasenmuschel 491.
Nervus phrenicus, Verhältniss des und des Nervus laryngeus inferior, nebst Erklärung des Umweges, welchen letzterer einschlägt 352.
Neuralgie des Trigeminus 175.
Nomenclatur d. Geruchsqualitäten. Versuch einer 207.
Nosophens, die Anwendung des in der rhinologischen u. otologischen Praxis 439.

Oberkieferhöhle, 37 Fälle von seröser **Erkrankung der 114.**
Oedem des Larynx, acutes primäres infectiöses 216.
Odontom, Fall von gemischtem folliculären, das in das Antrum Highmori eindrang und die entsprechende Nasenhälfte verstopfte 395.
Ohrenheilkunde. Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der 132.
Ohrlabyrinth, die Lehren von den Functionen der einzelnen Theile des 90.
Ohrpolypen, zur Histologie der 435.
Oesophagus. Fremdkörper im. Extraction durch die Pharyngotomia infrahyoidea. Heilung 401. 401.
Otitiden, über die bei Typhus abdominalis 135.
Ovariotomie. Einfluss der auf die weibliche Stimme 212.
Ozaena, ein Apparat zur Behandlung der durch Massage 255.
—, zum Wesen und zur Heilbarkeit der 254.

Pachydermia laryngis, ihre klinische Bedeutung. Eintheilung und Therapie 214.
— —, ihre Geschichte, pathologische Anatomie und Pathologie 214.
Papillome, multiple des Kehlkopfes 355.
— der Mundrachenhöhle, über 98.
Paralyse, die isolirte des linken Musc. cricoarytaenoideus lateralis nach Influenza 79.
Parotitis mit Sclerose der Mundschleimhaut, ein Fall von symmetrischer 256.
Perception hoher und tiefer Töne bei Affectionen des Labyrinthes und des Nervus acusticus, über die 19.
Perichondritis arytänoidea nach Typhus: doppelseitige Ankylose der Cricoarytänoidalgelenke: Larynxstenose 306.
Perichondritis der Nasenscheidewand, die sogenannte idiopathische acute 207.
Pharyngitis, besondere, welche Albuminurie und Diabetes mellitus erkennen lässt 142.
— (Laryngitis. Tracheitis) sicca oder atrophica. über 189. 224.
Pharyngotomia suprahyoidea 349.
Pharynxstricturen, über 349.

Digitized by Google

Phonationscentren im Gehirn, experimentelle Untersuchungen über 398.
Physiopathologie des Recurrens, über 211.
Pilocarpin bei Erkrankungen des Mittelohres und des Labyrinthes 33.
Parotitis, Ursache der 142.
Pleuritis serofibrinosa, über die Natur der 400.
Plexus cardiacus, über die Veränderungen des, bei Herzparalyse nach Diphtheritis 175.
Pneumococcen giftiger Natur, häufiges Vorkommen der im Munde von Reconvalescenten von Gesichtsrose 25.
Polyp, der blutende, der Nasenscheidewand 171.
Polypen der Nasenscheidewand, Beitrag zu den blutenden 171.
Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels, Nachtrag zu dem Aufsatz im ersten Bande des Archivs für Laryngologie über den 215.
Prothese, über die, bei Behandlung der chirurgischen Fisteln des Sinus maxillaris 251.
Pseudodiphtheritis mit Streptococcen: Bronchopneumonie; Tod 400.
Psoriasis, allgemeine, durch Thyroidin geheilt 301.

Recurrenslähmung, eine, durch ein Aneurysma am Halse 78.
— , ein Fall von rechtsseitiger, in Folge von Aneurysma der rechten Arteria subclavia 258.
— bei einem Kinde in Folge Einschliessens des Nerven in scrophulöse Drüsen 353.
Reflexe nasalen, pharyngealen und laryngealen Ursprunges, über 438.
Richtigstellung 64.
Resection, temporäre der Nase nach Ollier als vorbereitende Operation bei Entfernung von Tumoren aus der Nasen- und Nasenrachenhöhle 137.
Rhinitis bei Säuglingen, die Behandlung der 345.
Rhinosclerom, das, in der Schweiz 96.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Mund- und Halskrankheiten 180.
Sarcoma des Gaumens, ein Fall von, erfolgreich mit Toxinen von Erysipelas behandelt 211.
Sarcom, das des Kehlkopfes und der Luftröhre 277. 320. 360. 416.
-- der Nasenhöhle 77.
Schädelwunde, verursacht durch Revolverkugeln; Heilung 21.
Schalleinwirkungen, über den Einfluss schwacher auf die acustische Empfindungsschwelle 434.
Schallleitungshinderniss, Versuch zur Bestimmung eines 405.
Schallquantum, zur Bedeutung des für die Hörprüfung 343
Schilddrüse, Beitrag zur Lehre der Functionen der; Pathogenie der Basedow'schen Krankheit 258.
—, über Veränderungen in der bei einigen acuten und chronischen Krankheiten 497.
Schilddrüseninhalt, zur Wirkung des auf den thierischen Organismus 496.
Schläfenlappenabscess, ein Fall von Mittelohrerkrankung, in welchem ein dadurch verursachter durch die Nase entleert wurde 489.
Schlingenschnürer, ein für alle Fälle brauchbarer für die Nase 98
Schnupfen, klinische Bemerkung über die Behandlung des acuten mittelst benzolsauren Natrons 438.
Schnupftabak als Ursache einer acuten Mittelohrentzündung 251.
Sclerom der Luftwege, ein Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des 149.
Septumpolypen, zur Pathologie der blutenden 185.
Serotherapie und antidiphtheritische Lymphe, über 144.
Serum, über Temperatursteigerungen nach Einspritzen von künstlichem 399.
Sinus maxillaris, über Fremdkörper im, insbesondere über ihre Entfernung durch den Hiatus semilunaris 256.
Sitzungsbericht aus der New-Yorker Academy of Medecine vom 15. Juli 1895; Section für Laryngologie und Rhinologie 486.
— der Petersburger Medico-chirurg.-Gesellschaft vom 16. März 1895 395.
Speichelstein 302.
—, Bildung von üb. d. unteren Schneidezähnen in Folge habitueller Mundathmung 495.

Digitized by Google

Speiseröhre. Perforation der mit Arrosion eines Zweiges der Arteria pulmonalis in Folge Steckenbleibens eines Knochens in der Speiseröhre 219.
Speiseröhre. Verengerung der in Folge von Verätzung mit Alcohol 219.
Speiseröhrenschnitt, der äussere, bei Fremdkörpern 148.
Staphylococcus pyogenes aureus, Wirkung des Toxins des auf das Kaninchen und dessen secundäre Infectionen 218.
Stimmbandfibrome, über den Bau und die histologische Stellung der sogenannten 211.
Stimme, ein Fall von gut modulationsfähiger, ohne jegliche künstliche Vorrichtung bei einem Patienten, dem der Kehlkopf und der erste Trachealring entfernt werden musste und der ohne Canüle athmet 440.
Stimmgabelprüfungen, über den diagnostischen Werth der auf Grund einer Beobachtung von Tumor der Schädelbasis 19.
Stimme, Ueberbürdung der bei Sängern 143.
Stimmritzenkrampf, die Behandlung des phonischen 457.
Stirnhöhle, zur Frage der Erkrankungen der 395.
Stirnhöhlencatarrh, der 174.
Störungen durch Hypertrophie der vierten Mandel bei einer Hysterischen hervorgebracht 210.
Stottern, über das 143.
Stummheit, zur Diagnose und Therapie der hysterischen 353.
Syphilis hereditaria tarda, ein Fall von des Kehlkopfes 102.

Tabes, über Erkrankungen des Gehörorgans in Folge von 391.
Taschenbesteck, Beschreibung eines für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte und eines veränderten Kehlkopfspiegels 32.
Taubheit, ein Fall von hysterischer absoluter 489.
— und Verlust eines Auges durch Contusion und Schrecken 135.
—, zwei Fälle von hysterischer 135. 212.
Taubstummsein, hysterisches durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt 28.
Thyroidismus, der und sein Verhältniss zur Basedow'schen Krankheit und zur Hysterie 176.
Tonsillen, über die Abtragung der hypertrophischen mittelst der electrischen Glühschlinge 397.
Torticollis nach Entfernung der Vegetationen d. Nasenrachenraumes nebst Bemerkungen über Nasenreflexe 174.
— von Ohrenleiden herrührend 498.
Trachealstenose, klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur 307.
Trachealwand, ein Fall ausgedehnten geschwürigen Verlustes der hinteren mit Perforation in den Oesophagus und dabei ausbleibender Schluckpneumonie 306.
Tracheotomie bei Diphtheritis, einige Bemerkungen über die 260.
—, sechs Fälle von wegen Diphtherie, die mit Aronsohn's Antitoxin. diphtheriae behandelt worden 27.
—, über 395.
Trepanation des Warzenfortsatzes, über die 300.
Trigeminusneuralgie, zwei Fälle von heftiger, die durch Nasenerkrankung veranlasst waren 492.
Tubagenoperationen, die ersten zwei in Lille 444.
Tuberculome der Nasenschleimhaut, über 22.
Tuberculose der Zunge, über die 142.
Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle beim gesunden Menschen 23.
— in dem Zimmerstaub von Phthisiskranken, Untersuchungen über das Vorhandensein des 443.
Tumor, Zerstörung eines grossen cavernösen der Nasenscheidewand mittelst Electrolyse 437.
Turbinotomie, zum ersten in Indien ausgeführt; ihre Wirkung auf Ohraffectionen 493.

Uebersicht, statistische über die Krankheiten des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase und Ohren 138.
Uebungen, über acustische zur Verbesserung der Hör- und Sprechfähigkeit 94.
Untersuchungslampe, über eine neue electrische 219.

Digitized by Google

Vaselinum liquidum, über die Anwendung des bei der Behandlung einiger Mittelohraffectionen 299.
Vegetationen, adenoide im Nasopharynx 137.
—, über adenoide des Nasenrachenraumes und besonders deren Diagnose und ihre Behandlung mittelst des Fingers 173.
Vena jugularis, Unterbindung der wegen Otitis pyaemica 435.
Verbiegungen der Nasenscheidewand, zur Behandlung der 172.
Verengerung, syphilitische des Schlundes 175.
Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, Nürnberg 1893 55.
— des Vereins für innere Medicin über die Diphtherieheilserumfrage in den Sitzungen am 2. und 3. April 1895 in München, Bericht über die 163.
Verhornung des Epithels im Gebiete des Waldeyer'schen aden. Schlundringes und über die sogen. Pharyngomycosis leptothricia 396.
Verletzungen des Ohres durch Schusswaffen (Revolver) 16.
Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter, der 171.
Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895, Bericht über die vierte 238. 288. 331. 379.
— deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck 308.

Warzenfortsatzerkrankungen, Beiträge zur operativen Casuistik der bei Tuberculose und Morbillen auftretenden 436.
Wucherungen, adenoide bei Kindern 344.
—, polypöse im äusseren Gehörgang, bedingt durch ein Sarcom der Schädelbasis 434.

Zahn, ein überzähliger, welcher in der Nase gefunden wurde 348.
Zungenbändchen, soll man das durchschneiden? 210.
Zungenmandel, Syphilis der 210.
Zungentonsille, die Pathologie der 98.
Zungentractionen, über den vergleichenden Werth der rhythmischen und des Lufteinblasens zur Wiederbelebung Neugeborener 257.
Zusammensetzung des Blutes, über die Einwirkung des Höhenklima's auf die 444.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

Achalme 61.
Alexander 171.
Allen 346.
Alt 159. 220. 299. 406.
Altuchoff 141.
Ansiaux 400.
Aronsohn 207.
Aufruns 438.
Avellis 32. 348.
Avoledo 16.

Barjon 216.
Barrow 489.
Batten 32. 399.
Battle 175. 256.
Bayer 438.
Beausoleil 30. 138.
Béclère 176.
Bergeat 277. 320. 360. 416. 465.
Bergengrün 216. 304. 304.
Béttri 261.
Betz 488.
Bezold 132. 249.
Biaggi 59.
Biehl 185.
Bigeard 59.
Bloch 20.
Borchard 349.
Botkin 135.
Bouan 304.
Boulay 100.
Bors 499.
Branthomme 60.
Brenton 302.
Bresgen 104. 180.
Brissaud 99.
Brownlow 259.
Bruce 262.
Bruns 31.
Buleley 496.
Burger 48. 82.

Cadier 31. 305.
Campbell 62.
Canter 258.
Caponotto 147.
Cartaz 135. 212.
Casadeus 438.
Casselberry 303.
Castex 101. 145. 440.
Chaillou 259.
Chappell 305.
Chervin 143. 210.
Chiari 22. 211. 214. 303.
Claisse 142.
Clarence 257.
Coën 94.
Cohen 441.
Coley 31.
Collier 175. 492.
Compaized 352.

Daae 255. 348.
Danziger 14. 221. 357.
Davier 352.
Davison 27.
Déaucé 401.
Debove 399.
Deknatel 489.
Déléarde 444.
Delizin 346.
Dennert 343.
Dunn 437.
Dupré 142.

Edmunds 356.
Engelmann 174.
Eremitsch 349.
Eulenstein 65.

Fedoroff 148.
Fink 58.
Fischenisch 206.
Fleischmann 349.
Francotte 28.
Franke 95.
Fränkel 29. 101. 214. 215. 262. 445.
Franks 137.
Freudenthal 208. 345. 494.

Gamaleia 351.
Garel 142. 396.
Gaure 59.
Gellé 389. 498.
Georgiewski 496.
Gerhardt 499.
Gesselewitsch 344.
Girode 212. 442.
Gleitsmann 217. 354.
Gladin 498.
Gley 397.
Gomperz 54. 457.
Goodal 261.
Goriansky 351. 443.
Gottstein † 63.
Gouguenheim 25.

Digitized by Google

Gouly 256.
Grabower 262.
Grawitz 444.
Grayson 216.
Grönbach 255.
Grossmann 307.
Gruber 63. 181. 402. 451. 453.
Gruss 497.
Guillaume 173.
Guthrie 26.
Guye 405.

Habermann 391.
Haller 351.
Harke 20.
Hartmann 18.
Haug 251. 251. 436.
Hawkins 399.
Hecke 392.
Hewlett 393.
Heymann 171.
Hollis 27.
Hopmann 24. 97. 173.

Jaboulay 306.
Jankau 489.
Jansen 24.
von Jaruntowski 446.
Joal 347.
Johnson 211.
Jonquière 457.
Joris 18.
Jouslain 22. 135. 491.

Kahn 179.
Kalischer 254.
Katz 89. 490.
Kayser 265. 313.
Keimer 102.
Kellock 399.
Keyper 437.
Kijewsky 207.
Killian 253.
Kirchner 443.
van Kleef 260.
Klemperer 398.
Klinedimt 355.
Knauss 62.
Knight 174. 304.
Koll 439.
Kowalki 219.
Krebs 189. 224.
Kretschmann 344.
Krieg 62.
Kronthal 301.
Kuh 355.
Kuhn 98.
Kuhnt 91.
Kuttner 207. 353.

Laborde 495.
Lacoarret 96. 217.
Langenbuch 435.
Langner 353.
Lediard 30.
Le Gendre 213.
Lemoine 400.
Lichtwitz 136. 328. 330. 397.
Luc 23. 498.

Mac Donald 98.
Mac Gregor 60. 213.
Macintyre 59. 350. 353.
Magitot 445.
Malvoz 307.
Marcano 218
Marie 25. 301.
von Marion 256.
Martin 62. 259. 259.
Masini 211.
Maurice 27.
Mayr 400.
Meijes 350.
Meinhard 395.
Mendel 100. 304.
Meyer 258.
Meyer, Wilhelm † 402.
Michailow 395.
Miot 96.
Moizard 26.
Moltschanow 144.
Monham 439.
Montgomérie 399.
Moos, Prof. † 264. 446.
Morgenthau 494.
Moritz 306.
Mosny 218.
Moure 28. 138. 212. 348.
Moussons 176.
Müller 56. 94.

Naegeli-Åkerblom 80.
Netter 25. 302.
Neumann 59.
Neumayer 257.
Newcomb 174.
Niemak 435.
Noltenius 114.

Oestreich 443.
Okuneff 1.
Onodi 75.
Orzel 301.
Ostmann 436.
Ott 349.

Panse 341. 456.
Périgord 61.
Poncet 306.
Powers 263.
Poyet 143. 143.
Proust 213.
Przedborski 407.

Rangé 176. 177. 493
Rasumovsky 137.
Rauchfuss 144.
Reid 144.
Reinhard 255. 342.
Rethi 254.
Reverdin 141.
Richardson 27.
Ripault 25.
de Roaldes 355. 395.
Rocaz 176.
Roemisch 397.
Röhrer 19.
Rosenberg 147. 496.
Roux 259. 259.
Ruault 26.
von Ruck 217.
Rueda 442.
Rupp 208. 491.

Sadysett 493.
Saw 27.
Schadewaldt 171.
Schech 212
Scheier 171.
Scheppegrell 493.
Schiffers 210.
Schleicher 233.
Schmidt 25. 163.
Schmiegelow 177. 401.
von Schrötter 149.
Schwabach 19.
Schwager 22.
Schwartz 22. 442.
Secretan 96.
Seifert 98. 179.
Semon 145. 438.
Sendziak 213.
Shirmunsky 33.

Digitized by Google

Siebenmann 396.
Simanovski 210.
Sklifosowsky 300.
Smith 262. 344.
Snow 438.
Sokoloff 497.
Sokolowski 102. 216. 305.
Soulier 141.
Spicer 61.
Spiess 172.
von Stein 90.
Steinbrügge 446.
Stetter 105. 434.
Stiel 275.
Störk 431. 451.
Strauss 23. 144.
Strazza 307. 437.
Stucky 97.
Suchannek 180. 302.
Szenes 238. 288. 331. 379.

Tarnier 257.
Tauber 300.
Taylor 258. 396.
Thomson 393.
Thorner 355.
Thost 39.
Troisier 61.
Tschlenow 442.
Turner 60.
Tymowski 400.

Urbantschitsch 57. 434.

Váli 341.
Vargniaud 306.
Vergniaud 443.
Verneuil 173.
Villecourt 210.
Vincent 175.
Vohsen 345.

Wanach 344.
Washbourn 261.
Watson 58. 492.
Wedenski 142.
Weljaminoff 219.
White 263.
Whiteford 264.
Wilson 301.
Winckler 97. 219.
Wingrave 394.
Witzel 172.
Wolfenden 350.
Wróblewsky 174. 207. 491.

Zaufal 252.
Ziem 155. 197. 308. 500.
Zuckerkandl 309.
Zwaardemaker 57. 171.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität Münc..en.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, Januar 1895.** **No. 1.**

I. Originalien.

Ueber die Anwendung des Acidum trichloraceticum bei chronischen eitrigen Entzündungen des Mittelohres.

Von

Dr. med. **W. N. Okuneff,**

Ordinator an der Ohrenabtheilung des St. Petersburger Nicolai-Militärhospitals.

Auf die caustischen und adstringirenden Eigenschaften des Acidum trichloraceticum, bei Anwendung auf die Schleimhaut, hat zuerst unser Landsmann, Dr. Stein, 1889 hingewiesen [1]).

Seitdem wurde es mehrfach von vielen Aerzten bei allerlei Erkrankungen des Rachens, der Nase, des Nasenrachenraumes, der Kehle und des Ohres angewandt. Die Litteratur dieser Frage übergehe ich, da Dr. Stein dieselbe in einem Artikel ausführlich behandelt hat [2]), welcher vor Kurzem in der „Monatsschrift f. Ohrenheilkunde" Nr. 1, Jahrg.

[1]) Stanislaus de Stein: L'acide trichloracetique dans le maladies du nez, de la gorge et des oreilles. — Congrès international à Paris du 16. au 21. Septembre 1889. Comptes rendus et Mémoires, pag. 401—408.

[2]) do. Ein weiterer Beitrag zur Anwendung des Acidum trichloraceticum. Monatsschr. für Ohrenheilkunde 1894, No. 1. pag. 1—2.

Digitized by Google

1894, Seite 1—2 erschien. — Auch lasse ich die nützliche Anwendung dieser Säure bei Nasen-, Rachen-, Nasenrachenraum- und Kehlkrankheiten unerwähnt, da auch sie von anderen Autoren sorgfältig genug besprochen worden ist. In vorliegender Arbeit will ich auf die wunderbaren Resultate hinweisen, welche ich bei Anwendung dieser Säure bei chronischen Eiterentzündungen des Mittelohres, welche oft schon stark vernachlässigt waren, erzielt habe.

Zu den Vorzügen dieser Säure vor anderen, z. B. der Chromsäure, rechnen einige, darunter auch Cholewa[3]), den Umstand, dass sie nicht auseinander fliesst und dass nach ihrer Anwendung eine Einspritzung in die Nase mit Salzlösungen überflüssig wird, da letztere bei ungeschicktem Einspritzen durch die Eustachi'schen Ohrtrompeten in das Mittelohr eindringen und eine acute Eiterentzündung derselben verursachen können. Dank solchen Vorzügen kann die Säure auch bei Kindern in Anwendung gebracht werden. Die crystallische Gestalt der Säure machte ihre Anwendung sehr schwierig, und zur Erleichterung der letzteren wurden verschiedene Versuche angestellt. So wandte Kilian[4]) Sonden mit einem besonderen Receptaculum für die Säure an, welche sich jedoch als unbequem erwiesen. Cholewa erfand besondere Säurebehälter aus Draht, welche in eine Art Schlinge, von verschiedener Gestalt und Grösse, je nach Bedarf und Anwendung, ausliefen. Stein[5]) gebraucht besondere Sonden und Spiegel. Ich gebrauchte, nach Cholewa's Beispiel, zur Cauterisation einen gewöhnlichen Eisendraht, welcher am Ende, in Form einer kleinen Schlinge, gebogen war. In diese Schlinge brachte ich einen kleinen Säurecrystall und führte ihn 1 – 2 Mal über dem Glase einer brennenden Lampe her; es bedarf nur einer geringen Erwärmung, bis der Crystall an den Rändern schmilzt und sich in die Schlinge, wie in eine Einfassung, legt. Nach meinen Beobachtungen fliesst die Säure am Orte ihrer Anwendung schnell auseinander, so dass ein Einspritzen in das Ohr, zur Entfernung der überflüssigen Säuremenge, in den meisten Fällen nothwendig wird; Cholewa versichert uns, dass solche Fälle nicht vorkommen. — Abgesehen vom Auseinanderfliessen der Säure, ist die Cauterisation sehr schmerzhaft, ohne vorhergehende Anästhesie; eine 5proctge. starke Cocaïnlösung erweist sich oft im Ohr als unzureichend für diesen Zweck. — In solchen Fällen muss man eine 10proctge. und selten auch eine 15proctge. Lösung anwenden. — Eine 10proctge. Lösung genügt meistens vollkommen, selbst bei Kindern. Der Gang der Cauterisation ist gewöhnlich folgender: Es werden 5 – 8 Tropfen einer, vorher erwärmten, 10proctgen. salzsauren Cocaïnlösung durch einen Ohrtrichter in das Ohr des Patienten gebracht, wobei sich der Kopf des letzteren in horizontaler Lage befinden muss. Nach Hineinbringen der Tropfen muss der Kopf 2—3 Min. lang in erwähnter Lage bleiben, indem das kranke Ohr nach oben gerichtet ist. In diesem Zeitraume füllt man 2—3 Spritzen mit lauwarmem Wasser und macht die Schlinge mit dem Crystall bereit. Ich erinnere daran, dass die Säurecrystalle recht klein sein müssen und

---

[3]) Cholewa: Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr. Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1892, pag. 33.

[4]) Kilian — ibidem.

[5]) L. c. S. 3.

Digitized by Google

das Herführen über der Lampe, infolge der leichten Schmelzbarkeit der Crystalle, recht schnell vor sich gehen muss. — Wenn mehr als 8 Tropfen Cocaïn eingetropft worden sind, trocknet man den äusseren Gehörgang mit Watte — sodann beleuchte ich das Innere des Ohres mit einem Stirnreflector durch einen Kautschuktrichter von möglichst grossem Caliber, führe die Schlinge mit dem Crystalle bis zum Mittelohre, und berühre leicht die Stellen, deren Cauterisation mir nothwendig erscheint. Meistens bemühe ich mich, auch die Schleimhaut des Mittelohres gründlicher zu cauterisiren, desgleichen auch die Ränder der Perforation, weil in der Stärke der Cauterisation, d. h. in dem grösseren Wirkungsrayon derselben, der Erfolg dieser kleinen Operation liegt. — Nach der Cauterisation wird die Schleimhaut des Mittelohres und der Rand der Perforation weiss, auf einer Strecke von $^1/_2$—$1^1/_2$ Mm. und bedeckt sich mit weissem Schorfe. Um das Auseineinanderfliessen der Säure zu verhüten und die überflüssige Menge derselben zu entfernen, durchspritze ich schnell den äusseren Gehörgang; letzteres ist unentbehrlich, um den Eiter und dessen Ansammlungen zu entfernen, da die Patienten meistens mit undurchspülten Ohren erscheinen (letzteres muss zu Hause gemacht werden und verlangt werden). — Nach Abtrocknen des Ohres mit Watte, blase ich Aristol, Acid. boricum etc. hinein. — Die ganze Procedur muss durchaus rasch vollzogen werden, und was die Häufigkeit derselben anbelangt, vollziehe ich sie gewöhnlich 1—2 Mal wöchentlich. In solchen Fällen aber, wo man durch die Cauterisation das Zuwachsen der Perforationen im Trommelfell bezwecken will, darf man nicht öfter, als alle 8—9 Tage cauterisiren, da eine zu oft erfolgende Cauterisation zerstörend auf das neugebildete Granulationsgewebe einwirkt und thatsächlich zum Auseinanderfallen der neuen Narbe führt. In dem Zeitraume zwischen den Cauterisationen werden Einspritzungen in's Ohr mit verschiedenen Desinfectionsmitteln gemacht; oder, wenn die Otorrhöe von mittlerer Stärke war, wurden Tropfen angewandt (Sol. resorcini 2 pCt.), oder aber das Ohr blieb ohne Behandlung.

Die Cauterisation mit Acid. trichlorac. wandte ich bei chronischen Eiterentzündungen des Mittelohres an, und hauptsächlich da, wo bedeutende Perforationen in den Trommelfellen vorkamen. Meistens waren es Fälle, wo die Behandlung mit anderen Mitteln resultatlos blieb. Eine andere Serie bezieht sich auf solche Fälle, wo sich auf dem Trommelfelle oder den angrenzenden Wänden des Gehörganges granulatiöse oder polypöse Wärzchen fanden. Endlich, eine dritte Serie, wo man die überhäuteten Ränder der Perforationen durch Cauterisation beleben musste, um deren Vernarbung herbeizuführen. —

In allen Fällen der Cauterisation mit Ac. trichloracet. verschwand die Otorrhöe und ihr übler Geruch. Der Eiter verlor schnell seine übelriechende Schattirung. Die Infiltration der Schleimhaut verlor sich bald; sie verlor ihre Porosität und Saftigkeit, und an Stelle der purpurrothen Farbe bekam sie eine hellrosa Schattirung. Die Rauhigkeit, in Form von Granulationen, verschwindet auch schnell von der Schleimhaut des Mittelohres und die Schleimhaut wird eben und glänzend. Die kleinen Polypen und Vorbauchungen der Schleimhaut des Mittelohres verschwinden auch spurlos. Die Cauterisation der mittelgrossen Polypen mit der Säure bleibt aber resultatlos und ist hier natürlich eine Operation vorzuziehen.

Digitized by Google

Die „trockenen“ Perforationen mit überhäuteten Rändern können, beeinflusst durch systematische Cauterisation der Ränder, in kleinerem Zeitraume zur Vernarbung gebracht werden, als durch andere Mittel, und mit sichererem Erfolge, wenn der Process im Mittelohre beendigt ist. – Die Frage von der Vernarbung der Perforationen muss eine grosse Bedeutung haben, da wir dem Trommelfell nach Möglichkeit seine eingebüssten, aber für dasselbe unumgänglich nöthigen Eigenschaften zurückgeben, nämlich, seine Ganzheit und Unverletzlichkeit, und somit das Mittelohr und die Theile des inneren Ohres, wie z. B. das Labyrinth, vor der Einwirkung äusserer, ungünstiger Factoren schützen. Daher müssen wir jedes Mittel, mit dessen Hilfe dieses Ziel erreicht werden kann, hochschätzen. In dem Acid. trichlorac. ist ein solches Mittel geboten. Die Hoffnung auf ein künstliches Trommelfell — bei Zerstörung des natürlichen durch einen pathologischen Process — scheint mir sehr gewagt zu sein. Jedenfalls ist es besser, ein Mittelohr mit einem natürlichen, wenn auch ein vernarbtes Gewebe besitzenden Trommelfelle zu haben, als mit einem künstlichen. Alle Vorzüge gehören dem ersteren an, abgesehen davon, dass das Gehör auf dem Wege einer regelrechten, systematischen Behandlung in solchen Fällen oft zum normalen Zustande zurückgeführt werden kann. Besonders erfolgreich ist solches im Kindesalter. Hier ist es wirklich ein Verbrechen, wenn man nicht zu diesem Ziele strebt. — Auch glaube ich, dass man im Alter von 5 – 25 Jahren auf dem Wege der Cauterisation mit Acid. trichloracet. (einstweilen hiermit, später mit anderen Mitteln) stets das Aufhören der Otorrhöe, die Vernarbung der Perforationen und der Defecte des Trommelfells und die Wiederherstellung der Gehörfunction erreichen kann.

Im Alter von 5—15 Jahren aber, glaube ich, kann man auf die Regeneration des Trommelfells aus dessen Nachbleibseln hoffen, worin mich wirklich vereinzelte, aber sorgfältig behandelte Fälle bestärken. Dieses von mir zwei Jahre lang in verschiedenen Fällen angewandte Mittel kann ich mit vollem Rechte meinen Collegen empfehlen. Von den vielen Fällen, wo ich diese Säure anwandte, kann ich bei Weitem nicht alle anführen, da viele nicht registrirt worden sind. Zur bequemeren Uebersicht führe ich die Cauterisations-Resultate und die Fälle selbst in der folgenden Tabelle an. — Die Patienten, welche darin vermerkt sind, standen im Alter von 21—25 Jahren und waren Gemeine verschiedener Regimenter der russischen Armee. —

Digitized by Google

Vorname und Familie.	**Krankheit.** Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac. ohne sichtlichen Erfolg.	Zahl der Cauterisationen mit Acid. trichlorac.	Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.	Resultat.
Alexander Badejeff.	Otitis med. pur. chron. d. Perforation des rechten Trommelf. im vorderen Segmente mit überhäuteten Rändern. Ohrenfluss seit der Kindheit, vermindert sich zeitweise.	42	7	76	Der Ohrenfluss hört auf.
Ivan Penkin.	Otitis med pur. chron. cum perfor. m. tymp. sin. Granulation an der Hinterwand des linken äusseren Gehörganges in dessen knochigem Ende. — Ohrenfluss seit der Kindheit.	4	3	12	Die Granulation verschwindet; d. Ohrenfluss hört auf.
Kusma Feduloff.	Otitis med. pur. chron. cum perf. m. tymp. d., Polypus cavi tymp. d. wurde mit kalter Schlinge entfernt.	10	8	53	Die polypöse Granulat. verschwindet; der Ohrenfluss hört auf.
Alexander Okraineff.	Otitis med. purul. chron. d. Polypus meati auditorii externi. Ohrenfluss seit der Kindheit, der Polyp wurde mit der Schlinge entfernt	16	7	25	Die polyp. Granul. verschwinden. Cicatrisatio m. tymp.
Gabriel Koshuchoff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. sin. Polypus meati auditorii ext. dextri. Ohrenfluss seit der Kindheit, der Polyp wurde durch die Schlinge entfernt.	14	3	25	Der Ohrenfluss hört auf. Die Wurzel d. Polyp. verschwind. Cicatrisat. m. tymp. sin.
Nicolas Karpinsky.	Otitis med. purul. chron. bil. Granulationes polyposae in meato auditorio externo dextro. Ohrenfluss seit ca. fünf Jahren.	9	7	30	Die Granulat verschwinden; der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. bil.
Wassily Wassilieff.	Otitis med. purul. chron. Perforat. d link. Trommelf. im unteren Vorderquadranten. Fortwährender Reiz, vom Kranken durch Eintropfen einer Lösung Ac. mur. atic. beabsichtigt. Letzteres 4 Monate lang. (Verminderter Ohrenfluss nach Verklebung d. Ohres.	67	2	32	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. sin.

Digitized by Google

Vorname und Familie.	Krankheit. Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac. ohne sichtlichen Erfolg.	Zahl der Cauterisationen mit Acid. trichlorac.	Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.	Resultat.
Ivan Gerassimoff.	Otitis med. purul. chron. Perfort. d. link. Trommelf. i. unteren Vorderquadrant. mit überhäuteten Rändern von rhombisch. Gestalt, Ohrenfluss circa $^1/_2$ Jahr. — (Vermind. Ohrenfluss.)	35	2	17	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. sin.
Samuel Martinkowsky.	Otitis med. purul. chron. Perforat. d. link. Trommelf. im hinteren Segmente. Granulation im hinteren Theile des Trommelfells und an der Hinterwand des äusseren Gehörganges in der Nähe des Trommelfells. — (Vermind. Ohrenfluss.)	22	2	45	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. sin.
Ignatius Pimenoff.	Otitis med. purul. chron. Perforat. d. recht. Trommelf. im hinteren Segmente. Der Polyp im Mittelohre wurde mit der kalten Schlinge entfernt. Reichlich. Ohrenfluss seit der Kindheit.	24	6	66	Bedeutende Verminderung des Ohrenflusses. Wurde auf eigenen Wunsch aus dem Hospital entlassen.
Alexander Rumjanzeff.	Otitis med. purul chron. sin. Kleine Perforation. Ohrenfluss seit der Kindheit.	10	4	94	Der Ohrenfluss hört auf.
Pogorjelüi.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. bil. —	31	2	64	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp.
Phlegont Iwanoff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. sin. Eiterfluss seit der Kindheit	30	1	57	Der Ohrenfluss hört auf.
Gretschka.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. sin. Ohrenfluss seit der Kindheit.	—	1	—	Der Ohrenfluss hört auf.
Fedoroff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. sin.	23	6	76	Der Ohrenfluss hört auf.
Feigin.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. sin.	27	2	42	Cicatrisatio m. tymp. sin.
Rodionoff.	Otitis med. purul chron. cum perf. m. tymp. sin.	—	1	—	Cicatrisatio m. tymp. sin.
Krassnodemsky.	Otitis med purul. chron. cum perf. m. tymp. sin.	9	6	58	Der Ohrenfluss hört auf.

Digitized by Google

Vorname und Familie.	**Krankheit.** Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac ohne sichtlichen Erfolg.	Zahl der Cauterisationen mit Acid. trichlorac.	Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.	Resultat.
Usswaysky.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. bil. Granulationen rings um die Perforationen.	28	2	59	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. bil.
Ljubimoff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. sin. et granulationib. polyposis.	8	5	54	Der Ohrenfluss hört auf.
Peter Bataloff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. d. mit häutigen Rändern. Ohrenfluss seit dem Kindesalter.	53	3	40	Cicatrisatio m. tymp. D. Ohrenfluss hört auf.
Peter Lukoffsky.	Otitis med. purul. chron. Perforat. d. recht. Trommelf. mit häutig. Rändern gleich unter dem Hammerstiele, von sichelförmiger Gestalt. Der Ohrenfluss, seit der frühesten Kindheit, hört zeitweise auf.	19	4	29	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. d.
Chazkel Kasskin.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. i. vorderen Segmente, mit polypösen Granulationen ringsum. Ohrenfluss seit dem Kindesalter.	13	1	43	Der Ohrenfluss hört auf.
Valerius Galant.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. in der unteren Hälfte. Polypus cavi tymp. wurde m. kalt. Schlinge entfernt. Ohrenfluss s. d. Kindheit. (Vermind. Ohrenfluss.)	52	1	36	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m tymp d.
Zachar Artemjeff.	Otitis med. purul. chron cum perf. m. tymp. bilat. im hinteren Segmente, mit häutig. Rändern. — Ohrenfluss seit dem Kindesalter. (Verminderter Ohrenfluss.)	40	2	14	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. bil.
Fedor Kornilowitsch. (16 Jahre alt).	Otitis med. purul. chr. cum defecto m. tymp. d. im unt. Segmente. Die Schleimhaut des Mittelohres war aufgelockert. Ohrenfluss seit der Kindheit. Anaemie. Scropheln. Fistula pr. mast. d. post trepanationen.	3	4	42	Vermind. Ohrenfluss

Digitized by Google

Vorname und Familie.	**Krankheit.** Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac. ohne sichtlichen Erfolg.	Zahl der Cauterisationen mit Acid. trichlorac.	Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.	Resultat.
Alexander Shurawleff.	Otitis med. purul. chr. cum perfor. m. tymp. bilat. — Perforation des link Trommelfells im unteren Vorderquadranten und des rechten im unteren Hinterquadranten. Eiterfluss aus d. rechten Ohre seit der Kindheit, aus dem linken seit circa einem Jahre.	8	3	22	Nach der 2. Cicatorisation m. Ac. trichlor. hörte d. Eiterfluss aus beiden Ohren auf. Die Behandlung wurde nicht fortgesetzt, da der Patient in die Reserve kam.
Alexander Zacharoff (15 Jahre alt).	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. d. im vorderen Segmente mit überhäuteten Rändern. Ohrenfluss zeitweise seit 5 Jahren. Blutarmuth.	17	2	52	Verminderter Ohrenfluss.
Michael Tofanoff (16 Jahre alt).	Otitis med. purul. chron. bil. Perforation des linken Trommelf. in der unteren Hälfte und Defect des rechten Trommelf. Ohrenfluss 7 Jahre lang. Anaemie.	12	7	79	Der Ohrenfluss hört auf.
Wladimir Ivanoff (19 Jahre alt).	Otitis med. purul. chron. cum. perf. m. tymp. bil. im unteren Segmente mit überhäuteten Rändern. Eiterfluss aus den Ohren gegen 7 Jahre. — (Verminderter Ohrenfluss.)	23	2	7	Der Ohrenfluss hört auf.
Mitrofan Turischkin.	Otitis med. purul. chron. bil. Perforation d. linken Trommelfelles im unteren Vorderquadranten mit überhäuteten Rändern und Perforation des rechten Trommelf. im unteren Segmente.	9	3	49	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatris. m tymp bil.
Timofei Uschatschkow.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. m überhäuteten Rändern gleich unter dem Hammerstiele. Bedeutend. Eiterfluss aus dem Mittelohre seit circa 6 Jahren.	41	3	26	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatris. m tymp. d.

Digitized by Google

Vorname und Familie.	**Krankheit.** Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac. ohne sichtlichen Erfolg.	Zahl der Cauterisationen mit Acid. trichlorac.	Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.	Resultat.
Andreas Sallo	Otitis med. purul. chron. Unbedeutende Perforation des linken Trommelf. im unteren Segmente. Ohrenfluss seit der Kindheit. Anaemie. (Verminderter Ohrenfluss.)	23	4	31	Der Ohrenfluss hört auf.
Peter Rodionoff (17 Jahre).	Otitis med. purul. chron. Perforation des linken Trommelf. im oberen Segmente Der Polyp im Mittelohre wurde mit kalter Schlinge entfernt Ohrenfluss 6 Jahre lang. Blutarmuth. (Verminderter Ohrenfluss.)	22	2	20	Nach der Cauterisat verschwand der Rest des Polyps (die Granulationen). Der Ohrenfluss hört auf.
Prokop Sturawleff.	Otitis med purul. chron. cum perf. m. tymp d im vorderen Segmente. Empfindsamkeit des Pr. mastoid. d. Ohrenfluss seit der Kindheit.	15	4	41	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatris. m. tymp. d.
Michael Iwanoff.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. im unteren Hinterquadranten v. d. Grösse eines Hanfkornes. Eiterfluss aus dem Mittelohre seit 4 Jahren — zeitweise.	36	1	43	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatris. m. tymp. d.
Nicolas Trunin.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. im unteren Vorderquadranten. Mässiger Ohrenfluss seit mehr als 6 Monaten.	18	6	56	Der Ohrenfluss hört auf Cicatrisatio m. tymp.
Peter Kulisch.	Otitis med. purul. chron. cum perfor. m. tymp. et polypo. Der Polyp wurde mit kaltar Schlinge entfernt	20	2	44	Der Rest des Polyps und seine Wurzel wurden cauteris. Ohrenfl. bedeut. vermind.
Nicolas Trunin (Recidivist).	Otitis med. purul. chron. Perforation im unteren Vorderquadrant. mit überhäuteten Rändern. Ohrenfluss seit einigen Jahren.	54	4	15	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m tymp. sin.

Digitized by Google

Die angeführte Tabelle spricht zwar stark zu Gunsten einer often Anwendung des Acid. trichloracet., jedoch hatten die Beobachtungen hier keinen systematischen Charakter und die Cauterisationen selbst wurden nicht immer, in Folge von Nebenumständen und Erwägungen, strenge und systematisch geleitet. Ueberdies ist es nicht möglich und unvortheilhaft, unsere Militär-Patienten längere Zeit zu halten, da ein Gesetzesartikel gebietet, Leute, welche zum Militärdienst untauglich sind, von letzterem zu befreien (§§ 34, 35, 36 Lit. A. d. Verzeichn. d. Krankh.). Daher erzielte ich bei der Behandlung privater Patienten kostbarere Resultate, denn sie verfügten über ihre Zeit. Ueber die Geschichte ihrer Krankheiten will ich das Folgende mittheilen:

1) Olga E—ff, 22 Jahre alt, Wittwe, leidet an Eiterfluss aus dem linken Ohre vom 5. Lebensjahre an, nach überstandenen Masern. Der Eiterfluss aus dem rechten Ohre war von kurzer Dauer. Bis 1891 gebrauchte sie Hausmittel; während dieses Jahres consultirte sie verschiedene Specialisten, jedoch erfolglos. December 1892 wandte sie sich an mich. Bei der Untersuchung der Ohren fand ich Folgendes: Otitis med. purul. chron. c. perf. m. tymp. sin. Das linke Trommelfell war in der unteren Hälfte defect; die Schleimhaut des Mittelohres war roth, saftig, aufgelockert; reichlicher Ohrenfluss. Das rechte Trommelfell war trübe, verdickt und eingebaucht; im hinteren Segmente hatte es eine alte Narbe an der Stelle einer früheren Perforation. Beide Ohren waren schwerhörig (eine Taschenuhr wurde vom linken Ohre $^3/_4$ Arschin weit, vom rechten $^1/_4$ Arschin weit gehört). Ausserdem constatirte ich einen chronischen, submucösen Rachen-, Nasen- und Nasenrachenraumcatarrh. Die Behandlung war auf die Beseitigung dieser Catarrhe gerichtet; Durchspülung der Ohren nach Politzer's Methode — Eintropfen von 2procent. Sol. resorcini in's Ohr. Diese Therapie hatte wenig Erfolg, bevor man zur Cauterisation mit Acid. trichloracet. schritt. Gleich nach den ersten Cauterisationen war eine Verminderung der Eiteransammlung, des üblen Geruches und eine Verengerung des Defectes merkbar. Von December 1892 bis October 1893 machte ich 9 Cauterisationen. Im Sommer fanden, wegen Verreisens der Pat., keine Cauterisationen statt. Das Resultat der Behandlung war vorzüglich. Der Defect im Trommelfell vernarbte, wobei die Narbe völlig frei blieb, d. h. nicht mit den Wänden verwuchs; das Gehör dieses Ohres verbesserte sich wesentlich; das Ticken der Uhr war 2 Arschin weit zu hören.

Im hatte 1894, also nach einem Jahre, Gelegenheit, die Patientin zu sehen und konnte dabei keine Veränderung zum Schlechten, weder im Zustande des Gehörs, noch des Trommelfells constatiren.

2) Susanne Lich—w, 8 Jahre alt, litt an Eiterfluss aus dem rechten Ohre, wobei das Gehör dieses Ohres auch bedeutend geschwächt war. Der Ohrenfluss zeigte sich im vierten Lebensjahre nach überstandenem Scharlach und Diphtherie. Ich behandelte sie, jedoch erfolglos. Das Mädchen sah ziemlich blutarm aus. Bei der Untersuchung des rechten Ohres fand sich: Otitis med. purul. chron., Defect des rechten Trommelfelles im unteren Segmente von nierenförmiger Gestalt; von dem Trommelfell war unten ein kleiner, schmaler ($^1/_2$ Mm. langer) Streifen übrig geblieben; die Schleimhaut des Mittelohres war locker, saftig und über den Rand des Defectes hin vorgebaucht; der Hammerstiel war

Digitized by Google

verkürzt; sein unteres Ende aber von Caries zerstört. Reichlicher Eiterfluss; ausserdem wurde constatirt: chronischer submucöser Rachen- und Nasencatarrh, adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes im mittleren Entwicklungsgrade.

Behandlung: Leberthran innerlich, Durchspülung der Ohren mit gekochtem Wasser nebst nachfolgendem Eintropfen von Sol. resorcini, 2procent.; Durchblasen der Ohren nach Politzer's Methode und specielle Behandlung der Nase, des Rachens und des Nasenrachenraumes. Diese Behandlung hatte wenig Erfolg. Ende April 1893 schritt man zur Cauterisation mit Acid. trichloracet. Bis zum October 1893 wurden 20 Cauterisationen gemacht, die sich im Zeitraum von einer Woche oder etwas länger folgten. Das Resultat war ein vorzügliches. Zum October war die Trommel schon vernarbt. Vom Defecte war keine Spur mehr, aber noch mehr: die Narbe entsprach der Grösse nach gar nicht dem früheren Defecte; sie war nicht grösser als ein Stecknadelkopf und lag gleich unter dem verkürzten Hammergriff, d h. bedeutend höher, als man es erwarten konnte. Es machte den Eindruck, als hätte sich an den Rändern des Defectes eine Regeneration des Trommelfellgewebes vollzogen, wobei dessen Wachsthum sich deutlicher an der unteren Peripherie des Defectes zeigte und die Narbe sich gewissermaassen an dem Orte des Zusammentreffens dieser beiden regenerirten Ränder des Trommelfells gebildet hatte. Eine ähnliche Erscheinung vollzog sich bei dem vorerwähnten Falle, bei dem nächstfolgenden und bei vielen anderen Fällen, jedoch war sie dort nicht so scharf wie hier ausgedrückt. Uebrigens entsprach die Narbe in allen Fällen der Grösse nach nicht der früheren Perforation im Trommelfelle, d. h sie war kleiner als letztere. Das Gehör wurde normal. Nach $^3/_4$ Jahr sah ich diese Pat. wieder, sie war vollständig genesen.

3) Der Student der St. Petersburger Universität, Peter G . . ., 21 Jahre alt, litt an Eiterfluss aus beiden Ohren und kam im April 93 zu mir. Die Untersuchung ergab: Otitis med. purul. chron. bilat.; Defect beider Trommelfelle im unteren Segmente, Höckerigkeit und Lockerheit der Schleimhaut des Mittelohres; Rhinitis et catarrhus naso-pharyng. submuc. chron. — Gehör auf beiden Ohren bedeutend geschwächt. Man muss sehr laut sprechen, damit der Patient es höre und richtig antworte. Flüstern hört er überhaupt nicht. Die Geschichte seiner Krankheit erzählte er folgendermaassen: „Seit dem zweiten Lebensjahre leide ich an Ohrenfluss, dessen Ursache mir unbekannt ist; desgleichen ist mein Gehör seit jenem Alter geschwächt und zwar ganz bedeutend. Auf den Rath meiner Aerzte hin machte ich in's Ohr Einspritzungen von einem Gemisch aus Camillen und Eichenrinde. Im elften Lebensjahre wurde ich nach Breslau zu Prof. Voltolini gesandt und dieser erklärte nach einmonatlicher Behandlung meinen Eltern, man könne eine Genesung nicht erwarten; er rieth ihnen, tägliche Einspritzungen mit einer schwachen Carbollösung vorzunehmen und Watte in die Ohren, bis zum Mittelohre hin, zu legen, welche mit genannter Lösung getränkt werden musste. Die Watte wurde mit besonderer Zange und einem Metallstäbchen in's Ohr gebracht. Der Eiterfluss verminderte sich hiernach, das Gehör wurde aber immer schwächer. Drei Jahre später musste dieses Verfahren aufgegeben werden, da die Ohren stark gereizt waren und sich heftige

Digitized by Google

Kopfschmerzen eingestellt hatten. Der Eiterfluss, hauptsächlich aus dem linken Ohre, verstärkte sich. Das Gehör wurde so schwach, dass ich an einigen Tagen absolut taub war.“ Von 1875 bis 1888 lebte Patient im warmen und feuchten Klima des Gouvernements Kalisch. 1888 siedelte er nach Minsk über. Dank dem trockenen Klima verbesserte sich sein Gehör; der Eiterfluss aus dem rechten Ohre hörte zeitweise, im Sommer und im Winter, auf, aus dem linken aber blieb er unverändert. Den Sommer 1891 brachte der Kranke im Gouv. Tschernigow, in einem Dorfe zu. Dank dem trockenen, warmen Sommer zeigte sich der Eiter aus dem linken Ohre seltener und das Gehör war in leidlichem Zustande. Im Herbst und Frühling aber war wieder eine Verschlechterung merkbar. 1892 zog der Kranke nach St. Petersburg und blieb dort bis Ende Mai 1893. Im Herbst und Winter gab es Tage, wo der Patient fast Nichts hörte. Zum Frühjahr trat keine Besserung ein. In dieser Zeit behandelte ich den Kranken. Die Behandlung bestand in Folgendem: Durchblasen der Ohren nach Politzer's Methode; Einschmieren der Nase, des Rachens und der Nasenhöhle mit einer Lösung von: Sodi puri 1 Grm., Kali jodati 20 Grm., Glycerini ℥ij; Cauterisation der Schleimhaut der Mittelohren und der Ränder des Defectes der Trommelfelle mit Acid. trichloracet.; Eintropfen von 2 protgr. Sol. resorcini, täglich zu 8 Tropfen, in die Ohren. — Vom 11. April bis zum 31. Mai wurden vier Cauterisationen im rechten und drei im linken Ohre gemacht. Die Cauterisationen ertrug der Patient leicht; er empfand nach denselben keine Schmerzen. Bisweilen verschlechterte sich das Gehör auf 2—3 Stunden und aus dem linken Ohre zeigte sich eine wässerige, geruchlose Flüssigkeit, welche farblos oder gelbschattirt war (gewöhnlich Nachts). Im Juni war der Zustand des Kranken besser. Der Ohrenfluss hörte auf und das Gehör wurde allmählig besser. Den Juni und Juli brachte der Patient im Dorfe zu und wurde keiner Cauterisation unterzogen. Das Eintropfen von 2proentiger Sol. resorcini in's Ohr wurde nicht täglich und unaccurat vollzogen. In diesen Monaten war das Gehör des Pat. viel besser im Vergleiche zu den früheren Jahren. Während dieser Zeit zeigte sich nur zwei Mal (im August) Eiter aus dem linken Ohre. Die Perforationen in den Trommelfellen waren bedeutend enger geworden. Im September wurden drei Cauterisationen im rechten Ohre vorgenommen (am 13, 20. und 27. Sept.) und am 20. Sept. auch eine Cauterisation im linken. Im October wurden in beiden Ohren je zwei Cauterisationen (am 4. und 11.) vorgenommen. Vom 12. October bis 2. November litt der Pat. an acutem Eczem des ganzen Körpers und die Cauterisationen wurden daher ausgesetzt. Während dieser Krankheit zeigte sich zwei Mal Eiter aus dem linken Ohre, aber das Gehör verbesserte sich stets. Am 8. Novbr. ergab die Untersuchung der Ohren, dass der Defect des rechten Trommelfelles die Grösse eines Stecknadelkopfes hatte. Der Defect des linken Trommelfelles hatte sich auch verkleinert, jedoch nicht so bedeutend. Am 8., 15., 22. und 29. November wurden in jedem Ohre je vier Caterisationen gemacht. In der zweiten Hälfte des Novbr. war das Gehör so gut, dass der Patient jedes mit gewöhnlicher Stimme geführte Gespräch hören konnte, das Perpendikel der Uhr vernahm und den Strassenlärm durch doppelte Fenster hörte. — In dieser Zeit zeigte sich nur des Nachts bisweilen Eiter aus dem linken Ohre. Im Decbr.

Digitized by Google

wurden drei Cauterisationen (am 6., 18., 23) im linken und eine im rechten Ohr (6. Decbr.) gemacht. Die Untersuchung am 18. December ergab, dass die Perforation im rechten Trommelfelle die Dicke eines Haares zum Durchmesser hatte; am 23. Decbr. konnte man die Perforation nur beim Durchblasen der Ohren, beim Valsalva'schen Versuch, sehen. In dieser Zeit war sogar nach den Cauterisationen kein Eiter geflossen. Am 27. Decbr. erkrankte der Patient an Influenza und bekam einen starken Schnupfen, welcher einige Tage anhielt; in Folge dessen zeigte sich Eiter aus dem linken Ohre. Die Perforation im linken Trommelfelle wurde immer enger und Anfang Januar 1894 vernarbten beide Perforationen in den Trommelfellen Das Gehör verbesserte sich dermaassen, dass der Patient in einer Entfernung von 15 Mtr. Flüstern hörte und auf der Universität die Vorlesungen von der letzten Bank des Auditoriums ohne Anstrengung anhören konnte.

Somit waren in diesem Falle im Ganzen 27 Cauterisationen gemacht worden: 14 in's rechte und 13 in's linke Ohr. Nach mehr als $^3/_4$ Jahr sah ich diesen Patienten wieder und fand sein Gehör in dem früheren, vortrefflichen Zustande.

Ausser den angeführten Fällen beobachte ich jetzt noch einige: zwei bei Kindern mit Defecten der Trommelfelle und einen bei einem erwachsenen jungen Mädchen; es gelang, den Zustand der Kranken bedeutend zu erleichtern; der üble Geruch und die Otorrhoe sind verschwunden und es ist die volle Hoffnung auf Vernarbung der Perforationen in den Trommelfellen vorhanden.

Somit konnte ich bei den 42 von mir angeführten Fällen, wo Acid. trichloracet. angewandt wurde, bei 38 das Aufhören des Ohrenflusses beobachten, also bei 90,4 pCt.; bedeutende Verminderung des Ohrenflusses bei zweien, d. h. bei 5 pCt.; geringe Verminderung desselben bei zweien, d. h. bei 5 pCt.; Vernarbung der Defecte und Perforationen bei 23 pCt., d. h. bei mehr als der Hälfte der Fälle. Da in den meisten Fällen die Cauterisation nicht systematisch geleitet wurde, sondern vielmehr zufällig und unbeständig war, so kann man vermuthen, dass die Resultate noch hervorragender gewesen wären. Für den Erfolg der Cauterisationen bürgt am besten die systematische Durchführung derselben.

Da, wo der Arzt sich nicht scheut, eine halbe Stunde auf seinen Patienten zu verwenden und sich nicht vor den langsam fortschreitenden Manipulationen fürchtet, da, wiederhole ich, kann man stets zur vollen Heilung der chronischen Otorrhöen und zur Wiederherstellung des Gehörs gelangen.

Sehr wichtig ist dieses beim zarten Kindesalter; hier ist ein strenges Eingreifen nothwendig, um den pathologischen Process anzuhalten, welcher im Mittelohre nistet. Ich denke, dass wir hier sehr genau auf Erfolg rechnen können. Es scheint mir, dass wir im Kindesalter stets auf die regenerative Thätigkeit des Trommelfellgewebes in gewissem Grade und auf die Wiederherstellung des Trommelfelles fast in toto rechnen können. Mit der Cauterisation der Ränder des zerstörten Trommelfells beabsichtigt man seinem Gewebe eine periodische Erschütterung beizubringen, jedoch keine so starke, dass es gänzlich zerstört, sondern dass in demselben die regenerative Thätigkeit wachgerufen wird. Daher kann eine eilige Vollziehung der Cauterisationen keinen Nutzen bringen, sondern

Digitized by Google

eher schaden, da sie sonst das neugebildete Gewebe zerstören können, welches eine sehr delicate Behandlung erfordert. Am Tage nach der Cauterisation färbt sich der weiss gewordene Streifen längs der Ränder der Perforation im Trommelfelle hellroth und vergrössert sich täglich unbemerkt. Unterdessen beginnt der peripherische Streifen sich von der Stelle der Cauterisation aus mit Epidermis zu überziehen und unterscheidet sich dem Aussehen nach gar nicht vom normalen Gewebe des Trommelfells.

Alle wiedergegebenen Beobachtungen berechtigen mich zu der Aussage, dass wir an dem Acid. trichloracet. ein äusserst werthvolles Mittel zur Bekämpfung der chronischen Otorrhöen haben. Dank demselben sind wir im Stande, ziemlich schnell die Eiterung zu hemmen, ihren üblen Geruch zu beseitigen, die regenerative Thätigkeit des Trommelfellgewebes wachzurufen und somit die Heilung der Defecte und Perforationen desselben herbeizuführen, ungeachtet dessen, dass sie im Laufe der Zeit überhäutet waren.

Die Wiederherstellung des normalen Hörvermögens aber bildet gewissermaassen die Krone des fertiggestellten Gebäudes und dient dem Arzte als Belohnung für die geleistete Arbeit.

Ueber Angina urica.

Von

Dr. **Fritz Danziger** in Beuthen.

Begleitende Erkrankungen der oberen Luftwege sind bei vielen Allgemein-Erkrankungen so häufig, dass es kaum eines besonderen Hinweises auf dieselben bedarf. Die meisten Infectionskrankkeiten, wie Masern, Scharlach, Lues etc., werden oft von heftigen Erkrankungen des Larynx oder Pharynx begleitet oder gefolgt; ebenso werden bei Vergiftungen mit chemischen Substanzen, z. B. Quecksilber, Jodkali, Atropin, neben den Allgemeinerscheinungen mehr oder minder stärkere Erkrankungen dieser Theile beobachtet. Andere Krankheiten wiederum, z. B. Arthritis urica, zeigen so selten diese Complication, dass es wohl gerechtfertigt erscheint, wenn ich mir erlaube, über einen Fall von Angina urica, zum Theil phlegmonosa, zu berichten, wie ich einen ähnlichen in der mir zu Gebote stehenden Literatur nicht vorfand.

Herr H. B., Reisender, 44 Jahre alt, ist stets gesund gewesen. Lues wird negirt, ebenso Excesse in Baccho et Venere. Ueber Hals- oder rheumatische Beschwerden hat B. nie zu klagen gehabt. Im 28. Lebensjahre (1879) erkrankte B. plötzlich im Monat Juli an heftigen Halsschmerzen, welche mit starken Schluckbeschwerden verbunden waren; in der folgenden Nacht erfolgte ein typischer Gichtanfall, die rechte grosse Zehe war stark schmerzhaft und ödematös. Die Gicht dauerte damals 14 Tage und wurde mit Salben, Salicyl behandelt; ebenso lange hielten die Halsbeschwerden an, beim Verschwinden der Gicht gingen auch sie gleichzeitig zurück. Im Jahre 1884 erfolgte der zweite Anfall, wiederum mit vorhergehenden Hals- und Schluckschmerzen verbunden. B., der sich sehr genau beobachtet, hat damals starke Röthe am Gaumen

Digitized by Google

bemerkt; Gichtanfall und Angina verschwanden nach drei Tagen. Bis 1885 hatte B. Ruhe, von da an wiederholten sich jährlich zwei Mal die Gichtanfälle, dauerten jedes Mal 2 – 3 Tage und zeigten sich stets mit Halsschmerzen am Tage vorher an, so dass Pat. immer für die folgende Nacht den Gichtanfall voraussagen konnte. Im Sommer 1889 erkrankte er mit besonders heftigen Halsbeschwerden, denen ein entsprechend starker Gichtanfall folgte, beide Erkrankungen dauerten dieses Mal vier Wochen; nach 11 Tagen wurde über der rechten Tonsille Eiter entleert. Nach einer jetzt in Teplitz erfolgten Kur hatte B. eine Ruhepause von drei Jahren; es erfolgten keine Gichtanfälle, ebensowenig Anginen, trotzdem er sich immer auf Reisen befand und Temperatureinflüssen, wie er selbst sagt, besonders stark, zumal im Winter, ausgesetzt war. Von 1892 an aber häuften sich die Anfälle, sie traten 6 – 8 Mal im Jahre auf, im letzten Jahre kehrten sie fast jeden Monat wieder und kündigten sich stets wie früher am Tage vorher mit Halsbeschwerden an, welche der Dauer und Heftigkeit des Gichtanfalles entsprechend waren und zugleich mit demselben verschwanden. Ende August erkrankte Patient wiederum mit sehr heftigen Halsschmerzen, denen in der Nacht ein besonders starker Gichtanfall folgte. Die Gicht wurde mit den üblichen Gegenmitteln behandelt, aber Halsbeschwerden und Gichtanfall trotzten jeder Therapie. Am 14. September war die rechte Zehe und das rechte Fussgelenk sehr stark geschwollen und schmerzhaft, der Rachen, der weiche Gaumen erysipelatös geröthet, besonders der rechte Gaumenbogen; die Palpation ergab daselbst Fluctuation. Pat. verstand sich erst am nächsten Tage zu einem Eingriff, welcher 1—2 Theelöffel Eiter entleerte. Die Schmerzen liessen trotzdem nicht nach, die Heftigkeit der Gichtanfälle dauerte an. Drei Tage nach dem ersten Eingriff wurde der Einschnitt, der verklebt war, nochmals eröffnet und erweitert, es entleerten sich 3—4 Theelöffel Eiter. Seit dieser Zeit liessen die Hals- und Gichtschmerzen allmählig nach. Am 30. October war die Angina bis auf eine geringe Röthe geschwunden, die rechte Zehe zeigte keine Abnormität.

Diese Krankengeschichte lässt wohl keinen Zweifel über den Zusammenhang beider Erkrankungen; besonders sprechen dafür: erstens das stets pünktliche Eintreffen des Gichtanfalles in der Nacht nach den am Tage vorher aufgetretenen Halsschmerzen, zweitens die Parallelität in der Stärke der Erkrankung, leichte Anginen wurden von leichten Anfällen begleitet, die ohne wesentliche Therapie zurückgingen; schwere Anfälle, wie derjenige im Jahre 1889 und der letzte, welche beide eine Dauer von 3—4 Wochen hatten, wurden von Anginen begleitet, welche in Peritonsillitis phlegmonosa übergingen. Der Fall ist beider Eigenschaften wegen besonders interessant; denn die meisten der bis jetzt beschriebenen Fälle zeigen Anginen, die beim Erscheinen des Gichtanfalles verschwinden, nicht erst, wenn die befallenen Gelenke ihre normale Beschaffenheit erlangt hatten. So sagt Löri[1]): „Ich habe so wie Makenzie öfters Kranke beobachtet, wo jedem oder beinahe jedem Gichtanfall eine acute Pharyngitis vorausging. Sowie jedoch das befallene Gelenk roth, heiss und seine Umgebung ödematös wurde, waren

[1]) Löri: Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens. Stuttgart 1885.

Digitized by Google

Röthe und Schwellung des Pharynx verschwunden.“ Schech[2]) erwähnt diese von Löri beobachtete Angina arthritica mit dem Zusatze: „sie scheint sehr selten zu sein“, woraus man wohl schliessen kann, dass er noch keinen Fall gesehen hat. Eichhorst beruft sich im IV. Bd. kurz auf Niemeyer, der zuerst auf Pharynxerkrankungen bei Gicht aufmerksam gemacht hatte. In vielen Handbüchern, wie Strümpell, Schmidt, Jurasz und Andere, wird diese Erkrankung überhaupt nicht erwähnt.

II. Referate.

a) Otologische:

Verletzungen des Ohres durch Schusswaffen (Revolver). (Ferite dell' orecchio per armi da fuoco (rivoltella). Von Prof. Pietro Avoledo, Priv.-Doc. an der Kgl. Universität Rom. (Separatabdruck aus „Morgagni“ XXXV, Novbr. 93.)

Schussverletzungen des Ohres interessiren Chirurgen, Gerichtsärzte und Otologen, letzteren besonders von dem Standpunkte aus, welche Schädigung das Gehör erlitten hat.

A. beobachtete folgenden Fall: Ein 18jähriger Bursche wurde mit einer Schusswunde im Abdomen und einer grossen sternförmigen Schusswunde der rechten Ohrmuschel bewusstlos, oberflächlich athmend, mit kleinem Puls und weiten Pupillen aufgefunden. Die vorher starke Blutung stand auf Jodoformgazetamponade, T. 39,9, Nachts Delirien, tonische und klonische Krämpfe der rechten Extremitäten. Bei vollem Bewusstsein erwacht, giebt er an, im Momente der Explosion Schwindel und eine Art von Klirren im Kopfe gespürt zu haben. Er kann nur schwer den Kopf heben, so scheint seine Umgebung sich an ihm vorbeizubewegen. Rechts heftiger Kopfschmerz und Gefühl, als müsse der Kopf nach rechts umfallen. Hyperalgesie im Ramus supraorbitalis dexter Trigemini. Röthung der rechten Gesichtshälfte, keine Facialisstörung, Kiefergelenk intact, doch ist das Oeffnen des Mundes beschwerlich. Rechte Pupille weiter, träg reagirend. Augenhintergrund normal. In Intervallen von Minuten leichte fibrilläre Muskelzuckungen, Cremaster- und Patellarreflex links gesteigert. Die Untersuchung des Ohres nach mehrfachen Sublimatausspülungen ergab, dass das bei der Wundöffnung eingespritzte Wasser z. Th. durch die Nase, z. Th. durch den äusseren Gehörgang abfloss, dass also dort, wo das Projectil sass, eine weite, mit der Paukenhöhle und dem äusseren Gehörgange communicirende Höhle existire. Nach Extraction eines beweglichen Knochenstückes der hinteren Gehörgangswand erwies sich das Trommelfell im unteren hinteren Segment perforirt, im übrigen hyperämisch. Die Sondirung fiel negativ aus. Die Inspection mit einem Politzer'schen Speculum grössten Calibers und mit einem Zaufal'schen Nasenspeculum liess endlich das Projectil in der Tiefe von 3½ Ctm. entdecken. Links wurde die Stimme auf 50 Ctm., Uhr auf 1 Mtr., Stimmgabel auf 60 Ctm. vernommen, rechts fiel die Untersuchung, auch die electrische, negativ aus. Die in der Nacht

---

[2]) Schech: Krankheiten der Mundhöhle.

Digitized by Google

aufgetretenen Delirien, Convulsionen, Schwindel, Brechreiz, Myosis, Pulsschwäche, T. 40,1 veranlassten den Entschluss zur operativen Entfernung des Projectiles. Nach vergeblichen Extractionsversuchen mit Pincette und Schraubentrepan breite Eröffnung des Warzenfortsatzes mit Beseitigung der hinteren Gehörgangswand und Extraction der durch einen Hebel beweglich gemachten Kugel. Tamponade, Drainage, Weichtheilnaht. Das Projectil hatte 0,5 Ctm. im grössten Durchmesser und wog 5 Gr. Tags darauf ging bei einer kräftigen Einspritzung ein grösseres Knochenstück ab, worauf plötzlicher Anfall von Schwindel, Schweiss, Blässe, convulsivische Bewegungen des Unterkiefers und Bewusstlosigkeit. Das abgegangene Knochenstück war ein ganzer Bogengang, wahrscheinlich der horizontale. Bald darauf Apyrexie, guter Puls, Abgang von Knochen- und Bleistücken, Schwindel, Erbrechen, Ohrengeräusche. Nach Abspülung des Eiters fliessen jeden Morgen wenige Tropfen einer crystallhellen Flüssigkeit ab. Nach 5 Wochen fliessen nur noch wenige Tropfen Eiter aus dem Gehörgange. Stimmgabel links 1 M., rechts 60 Ctm. Stimme beiderseits aus gleicher Entfernung. Patient geht mit leichtem Schwanken nach rechts. Nach 8 Monaten Trommelfell vernarbt. An Stelle der hinteren Gehörgangswand eine resistente, das Lumen nicht verengende Narbe, nirgends Fisteln. Schwindel besteht nur, wenn Pat. auf der linken Seite liegt. Die Uhr wird beiderseits gleich weit gehört, die Stimmgabel links 1,6 M., rechts 1,30 M.

Die Symptome können eingetheilt werden in I. sofort eintretende, II. secundäre. Erstere sind 1) Gefühl von Crepitation im Kopfe, 2) Bewusstlosigkeit, 3) Blutung (in Anbetracht der Nähe der grossen Gefässe gering), 4) Schwindel und Geräusche, 5) Facialislähmung (inconstant). Ausserdem können gelähmt sein: Abducens, Trochlearis und Chorda tympani, mitunter Trigeminus und Abfluss von Liquor cerebrospinalis. Secundär-Symptome können sein: 1) Sequesterbildung, 2) Nachblutung, 3) Facialislähmung, 4) trophische Störungen an den Augen, Strabismus, Jakson'sche Epilepsie, Psychosen.

Vom Standpunkte des Chirurgen interessirt die Auffindung des Projectiles zumeist. Man sucht meist zuerst mit der Nélaton-Sonde, welche jedoch nicht ausreicht, wenn der Canal lang und gewunden oder die Kugel mit Blutcoagulis bedeckt ist. Die Sonde von Trouvé ist unverlässlich, denn ihre electrische Glocke giebt auch das Signal, wenn die Sonde unterwegs kleinsten abgesprengten Metallpartikeln begegnet. Am besten ist, wenn ausführbar, die directe Inspection, nöthigenfalls nach Ausspülung des Canales und Entfernung hindernder Coagula.

Die Frage, ob das Projectil operativ zu entfernen, oder spontane Ausstossung durch Eiterung abzuwarten sei, wird wohl auch durch die Ueberlegung entscheiden, dass durch erstere das Hörvermögen wiederhergestellt und die Ausbreitung der Eiterung verhindert werden kann. Tödtliche Basisfractur des Schädels oder zu erwartende Blutung aus den grossen Gefässen geben natürlich Contraindication.

Die Punkte, welche den Otologen interessiren, werden so eingehend besprochen und die Folgen der Verletzungen der einzelnen Theile des Gehörganges so ausführlich erörtert, dass eine Wiedergabe zu weit führen, eine auszugsweise Anführung lückenhaft wäre. Es sei darum auf das Original verwiesen.

Digitized by Google

Für den Gerichtsarzt besteht die Aufgabe, zu entscheiden, ob es sich um Mordversuch, Zufall oder Selbstmord handelt, ferner im ersteren Falle, wenn nicht Tod erfolgte, ob ein völliger Verlust oder nur Abschwächung des Gehöres die Folge war. Ausserdem hat er zu bedenken, dass als Spätsymptome, noch lange nach der gerichtsärztlichen Untersuchung, Facialisparalyse (bleibende Entstellung des Gesichtes) oder Geistestörung (als Folge langsamer Pachymeningitis) bei relativ gut bleibendem Gehör auftreten können.

Während diese Publication in Druck war, bekam A. einen zweiten Patienten in Behandlung, bei welchem nach einem vor 4 Jahren in selbstmörderischer Absicht auf das rechte Ohr abgegebenen Revolverschusse das Projectil nicht entfernt war und sich anhaltender Schwindel schwerster Art, häufige epileptoide Anfälle, allgemeines Siechthum und Veränderung des Charakters eingestellt hatten. Das Gehör war für die Luftleitung ganz verloren gegangen. Nach Entfernung des Projectiles durch A. schwanden die nervösen und psychischen Störungen und das Gehör stellte sich auf 15 Ctm. wieder her. Dr. R. Hitschmann.

Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper im äusseren Gehörgang. Von Dr. Alois Joris in Corredo. (Wiener med. Presse. No. 10, 1894.)

Der Artikel enthält 3 kurze Krankengeschichten als Beweis dafür, dass man es mit der Entfernung von Fremdkörpern im äusseren Gehörgang nicht immer so eilig haben muss. Lichtenberg.

Die Mittelohrentzündung der Säuglinge. Von Dr. A. Hartmann. (Deutsche Medicin. Wochenschrift 1894, No. 26.)

H. hatte Gelegenheit, die alte Erfahrung bezüglich des überaus häufigen Auftretens von Mittelohrerkrankungen im Säuglingsalter, wenigstens in der Hospitalpraxis, auch seinerseits an dem Material des Kochschen Instituts für Infectionskrankheiten zu bestätigen. Die äusseren Verhältnisse, denen die Kinder entstammten, waren sehr ungünstige, „die meist unehelichen Kinder kommen mit so ungünstigen Ernährungsverhältnissen ins Krankenhaus, dass es häufig nicht gelingt, den Tod zu verhindern". Und so wurden denn von Kossel an demselben Krankenhause unter 108 Leichen von Kindern bis zu einem Jahre 85 Fälle von Paukenhöhlenentzündung constatirt. Hartmann fand bei 47 lebenden Säuglingen 37 Mal Mittelohrentzündung, 28 Mal beiderseitig. Die Thatsache, dass eine grosse Zahl derselben (24) gleichzeitig an Bronchopneumonie litten, entspricht ebenfalls den bisherigen Erfahrungen. Verf. findet die Untersuchung vom Gehörgange aus nicht so schwierig, wie gewöhnlich angenommen wird, weist aber darauf hin, dass das bei Mittelohrentzündung oft infiltrirte und vorgewölbte Trommelfell von der Gehörgangsauskleidung nicht scharf differenzirt zu sein pflegt. Klinische Symptome sind Unruhe der Kinder, Temperatursteigerung, Gewichtsabnahme, doch können dieselben auch fehlen. H. betont mit Recht die Nothwendigkeit der Ohruntersuchung bei Erkrankungen von Säuglingen, um eine möglichst sichere Beurtheilung der Krankheitserscheinungen zu gewinnen. H. nimmt an, dass die Entzündungserreger (es wurden ge-

Digitized by Google

funden Influenzabacillen, Streptococcen, Staphylococcen, Tuberkelbacillen, B. pyocyaneus) meist vom Nasenrachenraum her ins Ohr gelangen. Bei Verdacht auf Eiteransammlung muss auch hier frühzeitig paracentesirt werden. (Vergl. hierzu diese Monatsschrift 1894, pag. 152.)

Keller.

Ueber die Perception hoher und tiefer Töne bei Affectionen des Labyrinthes und des Nervus acusticus. Von Docent Dr. Fritz Rohrer in Zürich. (Wiener med. Wochenschrift No. 8, 9, 10, 1894.)

Verf. hatte vor Jahren Gelegenheit, ein acht Jahre altes Mädchen zu untersuchen, dessen Krankheit der widersprechendsten Untersuchungsresultate halber nicht genau diagnosticirt werden konnte. Das Krankheitsbild war das einer Salpingitis, während die Untersuchung mit der Stimmgabel, namentlich der vollkommene Verlust der Kopfknochenleitung bei Lateralisation Weber nach dem besser hörenden Ohre, der Rinne, die erhaltene Luftleitung der Stimmgabeln bei reducirter Perceptionszeit auf eine Affection des inneren Ohres und des Gehörnerven hinwies. Verf. präcisirte dieses Krankheitsbild als Torpor nervi acustici und stützte diese Diagnose auf jene Definition, welche Erb bei den electrischen Functionsprüfungen einer bestimmten Form ven Inactivitätsneurose des Nerv. acust. zugewiesen hat. Durch diesen Fall angeregt, hat Verf. seit jener Zeit bei gleichen Symptomen noch weitere 140 Fälle untersucht und Torpor nervi acust. gefunden. All' diese Fälle untersuchte Verf. mit allen Prüfungsmethoden, die einem modernen Fachmann zur Verfügung stehen, mit einer Pünktlichkeit, Unverdrossenheit und Geduld, die geradezu staunenerregend ist. Ueberall fand er eine ausgesprochene, objectiv nachweisbare Inactivität des Gehörnerven. 60 solcher Fälle wurden schon mitgetheilt, diesmal wird eine Statistik über 80 weitere Fälle von Torpor nerv. acust. publicirt. Da es unmöglich ist, auf alle Details dieser Prüfungsmethode einzugehen, die bei einem jeden Patienten mindestens eine Stunde in Anspruch nimmt, verweise ich Diejenigen, die sich für den Gegenstand näher interessiren, auf den Originalartikel.

Lichtenberg.

Ueber den diagnostischen Werth der Stimmgabelprüfungen auf Grund einer Beobachtung von Tumor der Schädelbasis. Von Dr. Schwabach. (Berl. klin. Wochenschr. 1894, No. 43.)

Schw. theilt einen Fall mit, bei welchem er Gelegenheit hatte, im Verlaufe des Wachsthums eines Tumors an der Innenseite der Schädelbasis eine allmählige Erkrankung des linken, bis dahin gesunden Ohres zu beobachten; auf dem anderen Ohre bestanden Residuen chronischer Mittelohreiterung. Die wiederholte Untersuchung des linken Ohres ergab herabgesetzte Hörfähigkeit für tiefe Töne, weniger für hohe, R —, W nach L, Perceptionsdauer der Stimmgabel in Knochenleitung erheblich verlängert. Objectiv bestand Röthung und stärkere Trommelfelleinziehung. Die Affection mehrerer Gehirnnerven im Krankheitsverlaufe legte die Vermuthung nahe, dass auch der linke Acusticus in die Geschwulstmasse hineinbezogen sein könnte; jedoch stellte Schw. auf Grund obiger Befunde die Diagnose auf Affection des schallleitenden Apparates, welche auch durch die Section insofern bestätigt wurde, als die Paukenhöhle

Digitized by Google

von Tumormassen erfüllt war, welche durch das Tegmen tympani eingedrungen waren. Was das innere Ohr betrifft, so war zunächst der die Schnecke umfassende Felsenbeintheil in die Tumormasse aufgegangen, jedoch bestand noch allenthalben ein feines Knochenblättchen als Rest der knöchernen Schnecke; die übrige Labyrinthkapsel intact, Facialis und Acusticus frei, vordere Wand und Boden des Meatus intact, aber durch die Neubildung substituirt. Corti'sches Organ im Einzelnen nicht mehr zu untersuchen (durch Leichenveränderung alterirt); R. cochlearis des Acusticus ebenso wie Ganglion spirale nicht verändert, im Verlaufe des R. vestibuli einzelne Krebsnester. — Schw. erachtet den Fall als beweisend für den differenziell-diagnostischen Werth der Stimmgabeluntersuchungen, präcisirt aber seinen Standpunkt, wie bereits früher, so auch jetzt wiederum dahin, dass er weder W., noch R., noch die Reaction auf hohe und tiefe Töne oder die Perceptionsdauer für Stimmgabel für sich allein als maassgebend für die Diagnose betrachtet, wohl aber in der Uebereinstimmung obiger Prüfungsresultate, wie in obigem Falle, eine wesentliche Unterstützung findet, um mit sorgfältiger Berücksichtigung des übrigen objectiven Befundes den Sitz der Erkrankung in den schallleitenden oder schallempfindenden Theil des Gehörorgans zu verlegen. Keller.

Ueber das Hörvermögen der Taubstummen. Von Doc. Dr. E. Bloch. (Wiener med. Blätter. No. 2, 1894.)

Eine ebenso interessante, als fachmännische Interpretation und Paraphrase jenes Vortrages, den Bezold in der Naturforscherversammlung in Nürnberg gehalten hat. Der Vortrag Bezold's wurde in dieser Monatsschrift schon ausführlich referirt. Lichtenberg.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen Athmungswege einschliesslich des Gehörs. Auf Grund von Beobachtungen an Lebenden und der Leiche. Von Th. Harke (Hamburg). Wiesbaden bei Bergmann.

Trotzdem Verf. leider nicht Gelegenheit hatte, die Sectionsfälle vorher in vivo zu untersuchen und daher mancher für die Praxis wichtige Vergleichspunkt wegfällt, enthält die ansehnliche Reihe der mitgetheilten Sectionsprotocolle und die Reflexion, welche der Autor an der Hand des Gesehenen für Pathogenese und Therapie der einschlägigen Erkrankungen anknüpft, des Interessanten und practisch Verwerthbaren so viel, dass wir das Studium der nicht zu weit ausgesponnenen Schrift nur auf's Wärmste empfehlen können mit dem Wunsche, dass der hier betretene Weg noch von Vielen, welchen sich die Gelegenheit dazu bietet, zum Nutzen unserer Disciplin betreten werden möchte. Von den vorgetragenen, mit den meist herrschenden Annahmen contrastirenden Anschauungen des Autors seien einige kurz erwähnt. So glaubt derselbe nicht, dass es sich bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen meist um Ueberleitung der Entzündung aus der erkrankten Haupthöhle der Nase auf Grund des anatomischen Zusammenhanges des Blutgefässnetzes in den Schleimhäuten der Nasenhaupt- und Nebenhöhlen handle, da er bei z. Th. hochgradigen Stauungen in der Nase meist zarte und blasse Schleimhäute der Nebenhöhlen fand, ebenso bei Fällen schwerster Entzündung der

Digitized by Google

Haupthöhle nicht entzündete Nebenhöhlen, und schliesslich bei Ozaena, wo nach V.'s Meinung ganz besonders Gelegenheit zur Ueberleitung der Erkrankung auf die Nebenhöhlen in obigem Sinne gegeben sein müsste, trotzdem letztere häufig völlig gesund, wie dies ja auch von anderen Seiten bereits beobachtet worden ist. V. nimmt für die meisten Fälle eine Uebertragung von Infectionsstoffen aus der Haupthöhle an und zwar mechanisch veranlasst durch Luftüberdruck, wie solcher bei dem allgemein üblichen fehlerhaften Schnäuzen bei zugehaltenen beiden Nasenhälften, ebenso beim Niesen, Erbrechen, Application des Politzer-Ballons etc. stattfindet. (Dass dieser Infectionsmodus möglich ist, unterliegt keinem Zweifel; V. hat Theile von kurz vor dem Tode Erbrochenem in der Oberkieferhöhle nachgewiesen und als Kern eines Concrementes in der Oberkieferhöhle einen schwarzen Körper gefunden, welchen er als Schnupftabakkorn glaubte deuten zu müssen. Da aber die einfache Uebertragung eines Infectionskeimes auf eine sonst normale Schleimhaut ja durchaus nicht von einer Erkrankung derselben gefolgt sein muss, es vielmehr noch einer vorherigen krankmachenden Einwirkung auf die Schleimhaut bedarf, so dürfte auch obige Erklärungsweise für sich allein nicht ausreichen. Ref.) Bei kleineren Kindern, wo die erwähnten Schädigungen noch nicht vorkommen, trotzdem aber Erkrankungen der Nasennebenhöhlen sowie des Mittelohrs in überraschend häufiger Weise gefunden werden, recurrirt V. ebenfalls auf einfache Fortleitung der Erkrankung aus der Haupthöhle der Nase. — Auch bezüglich des Zusammenhanges von Empyem der Oberkieferhöhle mit Zahnerkrankungen kommt V. zu abweichenden Anschauungen. Unter 100 Fällen soll dies ursächliche Verhältniss nur wenige Male bestehen, und nur deshalb erscheine dasselbe so häufig, weil gerade die hierauf beruhenden Empyeme ihres Foetors und der andauernden Eiterung wegen durchschnittlich zur Diagnose und Behandlung kämen, während die meisten anderen Erkrankungen der Höhle übersehen würden, oder aber, wenn sich, wie dies ja oft der Fall sei, zufällig ein cariöser oberer Backzahn derselben Seite finde, hierauf bezogen würden. — Bei dem ungünstig gelegenen Orificium der Oberkieferhöhle bildet, nach V.'s Ansicht, die Natur bei Empyem oft einen neuen Weg durch Spontandurchbruch an der schwächsten Stelle der inneren Wand, wodurch zur Entstehung der sog. Foramina accessoria Veranlassung gegeben wird. Bei Kindern, wo das Secret leichter abfliessen kann, hat V. trotz der Häufigkeit von Eiterung der Höhle nie ein Foramen accessorium gefunden. Keller.

---

b) Rhinologische:

Schädelwunde, verursacht durch Revolverkugeln. Wiederholtes Nasenbluten. Ligatur der beiden Carotid. extern. Tamponade der Nase und beiden Sinus sphenoidales, aus denen die Blutung kam, zweifellos der Carotis interna dextra entstammend. Heilung. (Plaies du crane par balles de revolver. Epistaxis à repetition. Ligatures des deux carotides externes. Rabattement du nez et tamponnement des Sinus sphenoidaux par ou se faisait l'hémorrhagie venant sans daute de la carotide interne droite.

Digitized by Google

Guérison du blessé.) Von Dr. Ed. Schwartz. (Arch. internat. de Laryngol. et Rhinolog. etc. Bd. VII, No. 4, Juli/August 1894.)

Kranken- und Operationsgeschichte, die in ihren einzelnen Phasen im Wesentlichen durch obigen Titel gekennzeichnet ist.

Beschorner.

Haematom der Nasenscheidewand, durch seltenes Trauma hervorgebracht. (Hématome de la cloison nasale produit par un traumatisme rare.) Von Dr. Jouslain. (Bulletin et mémoires de la société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris No. 5, 1894.)

Ein Mitschüler fasste die etwas lange Nase seines 12jährigen Kameraden zwischen Daumen und Zeigefinger und machte eine Torsionsbewegung. Schmerz, Nasenbluten, Schwellung und totale Nasenverstopfung waren die unmittelbaren Folgen des Scherzes. Nach acht Tagen fand Verf. Haematoma des Septum duplex; die Punktion ergab 25—30 Gramm gutartigen Eiters. Weil die Mucosa und das Periost gewaltsam vom Knochen und Nasenknorpel getrennt waren, fielen die Geschwülste nach der Punction nur wenig zusammen; die Heilung, welche von unten nach oben fortschritt, brauchte drei Monate Zeit. Dr. P. K.

Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut. Von Dr. Schwager in Würzburg (aus Dr. Seifert's Ambulatorium für Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkranke). (Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 1, Heft 1, p. 105.)

Mittheilung von 6 Fällen, in denen die Neubildung, stets unter sehr beträchtlicher Blutung, abgetragen und Heilung erzielt wurde. Bevorzugter Sitz des Angioms ist die untere Muschel und das Septum. — Cocain vermag bei diesen cyanotischen Geschwülsten nur eine geringe Abnahme zu erzielen und die sonst ziemlich ausgesprochene Anämie der Mucosa nach Cocainisirung tritt nur in sehr mässigem Grade auf. — Angiome der Nasenschleimhaut sind im Allgemeinen selten.

Beschorner.

Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut. Von Prof. Dr. O. Chiari in Wien. (Arch. f. Laryngolog. etc. Bd. 1, Heft 2, 1893.)

Nach Sichtung der z. Z. noch ausserordentlich spärlichen Literatur über diesen Gegenstand, theilt Ch. 6 einschlägige Fälle seiner Praxis mit, und zwar betreffend einen 16jährigen Knaben, einen 29jährigen Arzt und einen 40jährigen Schlosser, ferner ein 12- und ein 9jähriges Mädchen und eine 42jährige Frau. Ausser diesen sind noch 15 Fälle tuberculöser Granulationsgeschwülste oder Tuberculome genauer beschrieben. Aus ihrer Gesammtheit geht hervor, dass das weibliche Geschlecht mehr als das männliche, dass Kinder unter 12 Jahren selten befallen wurden und dass die Krankheit häufiger jenseits der 30er Jahre zur Beobachtung gelangt. In 18 von den 21 Fällen war die Infection vom Septum cartilagineum aus entstanden und zwar meist vorn, also an der Stelle, wo so häufig Excoriationen entstehen, die dann entweder durch Lungen-Sputum des Patienten selbst oder durch den mit Tuberkelbacillen verunreinigten kratzenden Fingernagel inficirt werden. Dies sowohl, wie auch Form, Oberfläche, Consistenz des Tumors und Recidivfähigkeit, ferner der Befund von zahlreichen Tuberkeln in einem

Digitized by Google

Granulationsgewebe und von Tuberkelbacillen wird die Diagnose sicher stellen. Die Lungen-Untersuchung gewährt oft keinen Anhalt. — Die Behandlung betreffend, so ist, wenn auch selten von diesen Tuberculomen allgemeine Tuberculose ihren Ursprung nimmt, ein energisches operatives Vorgehen und zwar mit Exstirpation ausgiebiger Theile der Umgebung dringend anzuempfehlen, nicht blos um Recidiven vorzubeugen, sondern weil es in jedem Falle als ein grosser Gewinn anzusehen ist, einen localen Tuberkelherd aus dem Organismus bleibend zu entfernen.

Beschorner.

Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle beim gesunden Menschen. (Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain.) Von Dr. Straus. (Académie de médecine de Paris, Séance du 3 Juillet 1894 und Semaine médicale No. 39, 1894.)

Verf. wies in der Charité bei Personen, welche ganz gesund waren, aber sich seit einiger Zeit im Spital bei Phthisikern aufhielten (Assistenten, Wärtern, Schülern) Tuberkelbacillen in der Nase nach; Impfversuche, welche damit auf Meerschweinchen angestellt wurden, ergaben Tuberculose. Von 29 solchen Personen hatten 9 Bacillen in der Nase; die Bacillen befinden sich also im Zimmerstaub, wo eingetrocknete Sputa waren. Verneuil betont, dass diese Beobachtungen die von ihm angedeutete latente Tuberculose bekräftigen; ferner, dass sie das Entstehen der Tuberculose nach gewissen Trauma erklären. Dr. P. K.

Beitrag zum Studium der Eiterungen des Sinus frontalis, insbesondere ihre chirurgische Behandlung. (Contribution à l'étude des suppurations du sinus frontal et en particulier de son traitement chirurgical.) Von Dr. Luc in Paris. (Arch. internat. de Laryngol., de Rhinolog. etc. Bd. VII, No. 4, Juli/Aug. 1894.)

Drei einschlägige Fälle, welche darthun, dass das Empyem des Sinus frontalis sich in acuter oder chronischer Form zeigen kann; dass beide Formen zu supraorbitalen Schmerzen Veranlassung geben können, aber nicht immer geben; dass die Untersuchung mittelst Durchleuchtung eventuell im Stiche lässt und weniger Werth besitzt als diejenige zur Feststellung von Eiterungen im Sinus maxillaris; dass die Eröffnung der Cellul. ethmoidales unsicher und gefährlich ist, wenn sie von unten nach oben mitten durch die Nasenhöhle und dabei mit Instrumenten erfolgt, die gleichzeitig das Innere des Schädels und die Augenhöhle bedrohen; dass die Eröffnung des Sinus frontalis unmittelbar über der Nasenwurzel ein vollständig ungefährlicher Eingriff ist, wenn er mit Hohlmeissel und Schlägel, unter den nothwendigen Cautelen erfolgt, und dass jedenfalls die Eröffnung des Sinus frontalis von derjenigen der Cellul. ethmoidales gefolgt sein soll, gleichzeitig mit Bildung einer breiten Communications-Oeffnung zwischen dem fronto-ethmoidalen Herde und der entsprechenden Nasenhöhle. Ausgiebige Drainage von der Nasenhöhle aus bis zum Boden des Sinus frontal. und fester Verschluss der Wunde mittelst Naht bilde den Schluss. Beschorner.

Digitized by Google

Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung. Von A. Jansen, Berlin. (Arch. f. Laryngolog. etc. Bd. 1, Heft 2, 1893.)

Mittheilung von 7 Fällen, betreffend: Chronisches Stirn- und Siebbein-Empyem; chronisches Empyem von Siebbein, Stirn- und Kieferhöhle und chronisches Empyem sämmtlicher Nebenhöhlen der Nase. Beziehentlich der Heilung der chronischen Empyeme der Kieferhöhle lässt J. sich von dem Gedanken leiten: 1) durch eine breite Oeffnung in der vordern Wand alles Kranke gründlich zu entfernen; 2) diese Oeffnung während der ganzen Behandlung weit offen zu erhalten; 3) Bedingungen zu schaffen, dass der Kranke die Nachbehandlung zum Theil selber vornehmen kann.

Günstiger für die Ausheilung liegt das Empyem der Stirnhöhle J. empfiehlt zur Erreichung des Zieles die Fortnahme der unteren Wand der Stirnhöhle in toto, welcher, da bei chron. Stirnhöhlen-Eiterung das Siebbein selten intact bleibt, die Ausschabung dieses mit Fortnahme der orbitalen und der nasalen unteren Wand angeschlossen werden muss, so dass auf diese Weise eine breite Drainage nach der Nase zugleich hergestellt wird. In allen Fällen, wo man sich bei der Operation über die Beschaffenheit der Keilbeinhöhle nicht klar werden kann, scheint es dem Autor nicht ungerechtfertigt, da die Wahrscheinlichkeit, dass die Keilbeinhöhle gleichfalls an der Eiterung betheiligt ist, auch sie zu eröffnen. Bemerkenswerth ist ausser der regelmässigen Complication mit Siebbeineiterungen, die häufige Combination mit Empyem der Kieferhöhle. Bei doppelseitigem Empyem sämmtlicher Nebenhöhlen räth J. die gleichzeitige Eröffnung der Höhlen einer Seite.

Beschorner.

Ueber Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraumes; ein Beitrag zur ätiologischen Beurtheilung der Ozäna. Von San.-Rath Dr. Hopmann in Cöln. (Arch. für Laryngol. und Rhinolog. Bd. 1, Heft 1, p. 35.)

H. hat 1) bei 40 Ozäna-Kranken im Alter von 15—54 Jahren, 2) bei 27 Kranken mit Rhinitis sicca im Alter von 15—50 Jahren, und 3) bei 61 Kranken mit anderweiten Nasenaffectionen bezw. normalen Nasen im Alter von 15—58 Jahren mittelst eigenen Messinstrumentes Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraumes vorgenommen und ist hierbei zu folgenden, für die Praxis wichtigen Ergebnissen gelangt: In zweifelhaften Fällen kann man getrost eine genuine Ozäna ausschliessen, wenn die Messungen annähernd normale Verhältnisse des Septums und der Rachentiefe, d. h. einen relativen Tiefendurchmesser von 77 Mmtr. und mehr ergeben, andererseits kann man mit Sicherheit eine früher activ gewesene oder noch bestehende reine Ozäna diagnosticiren, wenn der relative Durchmesser des Septums weniger als 70 beträgt und keinerlei Zeichen früherer Nasensyphilis vorliegen. Auch wenn die Messungen nicht derartig entscheidende Resultate liefern, werden sie doch oft genug für die Diagnose verwendbar sein und für die Art der Behandlung wird die entschiedenere Abtrennung der Ozäna genuina von anderen stinkenden Nasenblenorrhöen, trockenen Catarrhen etc. nicht gleichgiltig sich erweisen.

Beschorner.

Digitized by Google

Die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraumes. Von Prof. Dr. Moritz Schmidt in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngologie und Rhinologie Bd. 1, Heft 1, p. 32.)

Diese Bildungen, welche bereits von Pertik, Zuckerkandl, Watson. Brösicke, v. Kostanecki, Kirchner gesehen bezw. beschrieben und abgebildet wurden, sind angeboren, aus der zweiten Kiemenfurche entstanden, aus welcher ja auch hier und da eine besonders weite Tonsillarbucht hervorgeht. Sie sind durch Pulsion vielleicht etwas vergrössert, aber nicht verursacht. Sch. theilt 3 Fälle aus seiner Praxis mit, welche durch Rhinoscop. poster. leicht zu constatiren waren und sich als ca. 2 Ctm. tiefe Tasche darstellten, die von beiden Seiten von den Tubenwülsten aus nach dem Rachendache hin sich erstreckten. Practische Wichtigkeit misst Autor der Anomalie nicht bei.

Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Häufiges Vorkommen der Pneumococcen giftiger Natur im Munde von Reconvalescenten von Gesichtsrose. (Présence fréquente de pneumocoques virulents dans la bouche des sujets convalescents d'érysipèle de la face.) Von Dr. Netter. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 20 Juillet 1894 und Semaine médicale No. 42, 1894.)

Pneumococcus kann ausser Lungen-, Peritoneal- und Meningealcomplicationen bei Erysipelas im Munde nachgewiesen werden. Von 12 Kranken, welche an Gesichtsrose gelitten hatten, zeigten 6 die giftigen Pneumococcen im Munde; es ist das der häufigste Bacillus, welcher nachgewiesen werden kann. Dr. P. K.

Abscesse der Mandelumgebung. (Des abcès périamygdaliens.) Von Dr. Gouguenheim und Dr. Ripault. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 13 Juillet 1894 und Semaine médicale No. 41, 1894.)

Lange nicht so häufig, wie die Autoren selbe annehmen Sie sind durch Anschwellen des weichen Gaumens und durch eine bedeutendere Geschwulst überhaupt gekennzeichnet; die Mandel selbst ist wenig angeschwollen und nach innen und unten verdrängt. Nach 8—10 Tagen eröffnet sich der Abscess, verhältnissmässig viel Eiter entleerend, immer nach aussen vom Arcus palatoglossus. Das bei Gumma ungestörte Allgemeinbefinden und der langsamere Verlauf des letzteren helfen zur Differentialdiagnose von Gumma und Abscess. Dr. P. K.

Myxoedem durch Darreichung von Glandula thyroidea vom Schafe geheilt. (Un cas de myxoedème guéri par l'ingestion de glandes thyroides de mouton.) Von Dr. P. Marie. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 18 Mai 1894 und Semaine médicale No. 30, 1894.)

Bei einer 42jährigen, mit Myxoedem behafteten Frau halfen subcutane Injectionen von Thyroidalsaft nicht, während die in den Magen eingeführte Schafsschilddrüse fast gänzliche Heilung brachte. Während der ersten 11 Tage nahm die Kranke täglich zwei Lappen zu sich. Dann musste man während 2—3 Wochen aufhören wegen der eingetre-

Digitized by Google

tenen Allgemeinerscheinungen; dann gab man täglich nur noch einen Lappen, dann alle zwei Tage einen Lappen und später alle zwei Tage einen halben Lappen. Nach 70 Tagen war der Zustand, wie er heute ist. Es bleibt ein constantes Oedem der Augenlider zurück, welches jeder Behandlung trotzt und an welchem man die Krankheit noch immer leicht erkennt. Dies liefert einen neuen Beweis, dass die oben angegebene Behandlung nur palliativ wirkt und dass solche Patienten immer von Zeit zu Zeit Schilddrüsenlappen zu sich nehmen müssen.

Dr. P. K.

Neue chirurgische Behandlung der Mandelhypertrophie. (Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire.) Von Dr. Ruault. (Union médicale, Janvier 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Vorhandene Crypten müssen entleert und gespalten werden, die Verklebungen der Mandel mit den Arcus trennen, dann die Zerstückelung der Mandeln mittelst eines eigens zu diesem Zweck construirten zangenartigen Instrumentes vornehmen; Schmerz und Blutung bestehen dabei fast nicht; die wunden Mandelflächen werden mittelst Jod (Jod 1, Kalium jodatum 1, Aqua 6 — 8) gepinselt. Das Brennen dauert eine Stunde an, nach welcher Zeit kein Schmerz und keine Schluckbeschwerden mehr bestehen; die Mandeln verkleinern sich bedeutend nach der ersten Sitzung, diese Verkleinerung steht in keinem Verhältniss zu dem mit der schneidenden Zange entfernten Stück Mandel. Zwei Sitzungen genügen.

Dr. P. K.

Ueber das Vorkommen diphtherischer Lähmungen ohne vorhergehende Schlunderkrankung. (On the occurence of diphtheritic paralysis without previous faucial affection). Von Leonard G. Guthrie, M. D., London. (Lancet, 3. Nov. 1894.)

Verf. glaubt, dass ein Theil solcher Fälle dadurch zu erklären sein dürfte, dass die Schlunderkrankung nicht erkannt worden war, sei es, dass überhaupt, z. B. bei cutaner Diphtherie, der Schlund nicht untersucht wurde, sei es, dass die Erkrankung sich auf das Cavum beschränkt habe, wo sie unerkannt geblieben sei. Doch führt er aus der sehr ausführlich gegebenen Litteratur einige Fälle an, bei denen aber in der Regel die Lähmung im Gaumen begann. Es seien aber von Roger, Moynier, Peraté und Loyouté Fälle veröffentlicht worden, in denen diphtherische Lähmung anderer Körpertheile ohne Betheiligung des Gaumens vorhanden gewesen sei.

M. Schm.

Behandlung der diphtheritischen Angina mittelst Sublimatglycerin. (Traitement de l'angine diphtéritique par les badigeonnages à la glycérine sublimée.) Von Dr. Moizard. (Société médicale des hôpitaux, séance du 13 Juillet 1894 und Semaine médicale No. 41, 1894.)

Einmal, höchstens zweimal täglich brauchen solche Bepinselungen angewandt zu werden; man putzt zuerst den Hals mit einem trockenen Baumwollenbausch aus behufs Entfernung des Schleimes, dann betupft man alle kranken Stellen schonend mit Sublimat (1 : 20, 1 ; 30, 1 : 40),

Digitized by Google

dann wischt man die überschüssige Sublimatlösung mit einem dritten trockenen Baumwollentampon ab. Schmerz besteht nicht, blos ein etwa eine Stunde andauernder metallischer Geschmack. Dazwischen muss mehrmals täglich eine Auswaschung der Nase und des Halses mittelst einer nicht toxischen Substanz, z. B. Borsäure, stattfinden; diese Auswaschungen müssen zwei Wochen lang nach dem Verschwinden der Pseudomembranen fortgesetzt werden. Die Resultate dieser Behandlungsweise beweisen ihre Vorzüge vor den anderen Methoden.

Dr. P. K.

Behandlung der Diphtherie mit den löslichen Salzen des Quecksilbers. (Treatment of diphtheria by the soluble salts of mercury.) Von James Davison M. D., Buenos Ayres. (Lancet, 18. August 1894.)

Verf. führt erst die Erfahrungen von Selldén in Schweden an, der in dem District Norberg unter 564 Kranken anfangs eine Sterblichkeit von 92,7 pCt. hatte und nach Einführung der Quecksilberbehandlung bei einer Krankenzahl von 1400 Fällen eine solche von 4,9! Auch die Erfahrungen Dr. Werner's in Finnland sprächen zu Gunsten der erwähnten Behandlung. Es handelt sich dabei sowohl um den Sublimat, als auch um das Hydr. cyanatum, innerlich oder subcutan angewendet. Verf. braucht fast ausschliesslich den Liquor van Swieten, den er in Dosen von etwa 2 Gramm, anfangs alle 2 h., dann seltener verabreicht und zwar in Milch, da sie den metallischen Geschmack des Mittels verdecke und es auch durch die Verdünnung leichter vertragen mache. In der Reconvalescenz giebt er Eisen und Strychnin, letzteres wegen der zu befürchtenden Lähmungen. (Dabei kommt es doch immer auf die Epidemie an und auf die Behandlung, die vorher geübt wurde. Wenn sich die Erfahrung Selldén's bestätigen sollte, so brauchten wir eigentlich nach weiteren Mitteln kaum zu suchen. Ref.) M. Schm.

Diphtherie behandelt mit Aronsohn's Antitoxin. (Diphtheria treated with Aronson's Antitoxin). (Lancet, 13. Oct. 1894.)

In der Brighton medico-chirurgical society theilte A. I. Richardson 2 Fälle und Hollis ebenfalls Fälle mit, die einen günstigen Ausgang nahmen, obgleich der eine der letzteren tracheotomirt werden musste.

M. Schm.

Diphtheriebehandlung mit Antitoxin. O. C. Maurice, Marlborough. (Lancet, 27. Okt. 1894.)

Ein Fall starb am 10. Tage trotz der Behandlung mit Antitoxin an Herzparalyse. Ein anderer wurde geheilt. In beiden schien das Mittel gut zu wirken. M. Schm.

Sechs Fälle von Tracheotomie wegen Diphtherie, die mit Aronsohn's Antitoxin. diphtheriae behandelt worden. (Six cases of tracheotomy for diphtheria treated by Aronsohn's Antitoxin. diphtheriae.) Von Athel. I. H. Saw, M. B. (Lancet, 13. Oktober 1894.)

Es war ein Kind elf Monate alt, eines anderthalb Jahre, die anderen zwischen 5 und 7 Jahren. Es starb nur das jüngste. M. Schm.

Digitized by Google

Hysterisches Taubstummsein durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt. (Surdimutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille.) Von Prof. Dr. Xavier Francotte. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 7, 1894.)

Der zuerst von Charcot beschriebene Mutismus hystericus kommt verhältnissmässig oft vor; die mit Taubheit verbundenen Fälle sind aber selten. Verf. giebt die Krankengeschichte eines solchen Falles: Ein 35jähriger Schmelzer wurde von einem Hunde gebissen, erschrak dadurch so heftig, dass er, wie er schriftlich behauptet, verrückt wurde und kein Wort mehr hervorzubringen vermochte; von der Polizei aufgepackt, verlor er neben der Sprache auf dem Transport noch das Gehör. Dies seine schriftliche Aussage. Von der Polizei entlassen, soll er Abends — nach Aussage seiner Frau — Sprache und Gehör wiederbekommen haben; Patient behauptet aber, davon nichts zu wissen. Am Tage darauf trat das Taubstummsein wieder ein und das Selbstbewusstsein kehrte gänzlich zurück. Heilung durch Suggestion, ohne den Kranken einzuschläfern; letzteres wollte nicht gelingen. Verf. macht nun folgende Bemerkungen: Das plötzliche Auftreten, das einen Tag lang dauernde Aufhören, sowie die gänzliche Heilung durch Suggestion beweisen die hysterische Basis des Leidens; der plötzlich eintretende Schrecken, wie hier, gehört zu den häufigsten Ursachen der Krankheit. Die Prädisposition besteht jedenfalls in der Hysterie; diese Hysterie ist manchmal latent, wie in diesem Falle, und dann ist das Stummsein das einzige Symptom der Hysterie (Pitres). Die dabei bestehende Taubheit ist sehr selten und Mendel (Neurolog. Centralblatt 1887, pag. 409) konnte in der Literatur nur zwei verzeichnete Fälle entdecken: einen Fall von Ball und einen zweiten von Delie.

Referent erinnert, dass statt „hysterische Stummheit" der von Solis Cohen eingeführte Name „Apsithyrie" jetzt allgemein gebraucht wird; denn das Stummsein schliesst das Hervorbringen der Töne nicht aus, während bei der Apsithyrie nicht nur kein Ton, sondern sogar kein Flüsterlaut hervorgebracht werden kann, was Verf. ja selbst zugiebt. Ferner ist die Hysterie bei Weitem nicht immer dabei im Spiel, da Ref. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, pag. 532) die Apsithyrie bei kräftigen, gar nicht belasteten Männern auftreten sah: Ein zweiter Grund, um den Namen „hysterisches Stummsein" fallen zu lassen. Wenn weiter plötzlich eintretende Gemüthsbewegungen zu den häufigsten Ursachen gehören, so giebt es auch Fälle, wo dies nicht der Fall war. Dr. P. K.

Resultate der Castration auf die weibliche Stimme. (Des résultats de la castration sur la voix de la femme.) Von Dr. Moure. (Franz. Gesellsch. f. Laryngol. u. Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Nachdem Verf. das Verhältniss der Hoden und des Larynx beim Manne besprochen, erzählt er zwei Fälle, wo die Castration bei Frauen ein Sinken der Stimme nebst Verstärkung derselben herbeiführte. Solche Fälle sind aber nur bei guten Sängerinnen und namentlich sehr hohen Sopranen festzustellen. Nach einem gewissen Alter hat die Castration bei Männern sowohl, wie bei Frauen gar keinen Einfluss auf die Stimme. Dr. P. K.

Digitized by Google

Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. 1) Das Stimmband, seine Leisten und Drüsen. Von Prof. Dr. B. Fränkel, Berlin. Mit 8 Lichtdrucktafeln*). (Arch für Laryngol. u. Rhinol. Bd. 1, Heft 1, p. 1.)

F. entwickelt zunächst historisch den Begriff Glottis und Stimmband, über den, obgleich wir die Namen täglich gebrauchen, z. Z. noch keine Einigkeit besteht und kommt zu dem Resultate, dass, wie schon Virchow meint, die Grenzen des Stimmbandes, wie er den ganzen Stimmkörper nennt, nach hinten in das hintere Ende des Proc. vocal. zu verlegen sind. Dieser selbst ist in seiner Totalität dem Stimmbande zuzurechnen. Die seitlichen Grenzen sind bestimmt durch eine Ebene, welche sagittal durch die, unterhalb des Stimmbandes allmählig in die Trachealwand übergehende und oberhalb durch die äussere Wand des Morgagni'schen Ventrikels gebildete Fläche gelegt ist. Was medianwärts vorspringt, ist das Stimmband. Der freie Rand dieses, aus verschiedenen Geweben zu seinem grossen Zwecke einheitlich gestalteten Ganzen, erscheint auf Schnitten wie eine rundliche Kante. In horizontaler Richtung zerfällt es in mehre Abschnitte in Anbetracht der Theile, aus welchen es besteht. Vorn ist ein Sesamknorpel in dasselbe eingelagert, hinten macht sich der Proc. vocal. bemerklich, dazwischen besteht das Stimmband nur aus Schleimhaut, fibrös-elastischen und Muskelfasern. Die Sesamknorpel sind Knötchen, die aus derb verfilzten elastischen Fasern mit zahlreichen Zellen bestehen, aber ohne scharfe Grenzen in die Umgebung übergehen. Zumeist fand F., wie Luschka als Regel angiebt, in dem die Grundsubstanz bildenden Netzknorpel auch Knorpelzellen; in einzelnen Fällen aber vermisste er sie. Der Proc. vocal. besteht aus hyalinem und Netzknorpel und dadurch zerfällt der hintere Abschnitt des Stimmbandes (Pars ad processum) in zwei Unterabtheilungen, diejenige des Netzknorpels (Pars ad processum elasticum) und diejenige des hyalinen Knorpels (Pars ad processum hyalinum). Zwischen Pars sesamoidea und Pars ad processum befindet sich die Pars libera des Stimmbandes. Die erstere ist die längere, die beiden anderen sind nahezu gleich lang. — Die Grenzen der einzelnen Abtheilungen sind nicht scharf zu ziehen, indessen, wenn zu voller Entwickelung gelangt, wohl gekennzeichnet. Die Pars libera entbehrt einer eigentlichen Mucosa. Unter dem Epithel sind die dichten elastischen Fibrillen weniger zahlreich vorhanden als die fibrösen. Blutgefässe verlaufen reichlich, meist in Richtung des Stimmbandes. Dementgegen ist bei der Pars sesamoidea und der ad processum eine zwar dünne, doch deutliche Schicht vorhanden, die als Mucosa bezeichnet werden muss. Entbehrt auch die Pars libera der Mucosa, so ist ihr sicher, wie schon Coyne hervorhebt, ein Papillarkörper zuzusprechen und Autor sah deutlich, doch nur auf Frontalschnitten des Stimmbandes, in aller Regelmässigkeit papillenartige Erhebungen des subepithelialen fibrösen Gewebes, welche in das Epithel hinein ragten,

---

*) Mit dieser für die feinere Anatomie des Kehlkopfs hochwichtigen Arbeit inaugurirt der geschätzte Verfasser sein neues Unternehmen eines „Archivs für Laryngologie und Rhinologie", welches wir mit Freuden begrüssen und über dessen Inhalt (es sind bereits 4 umfangreiche Hefte in vorzüglicher Ausstattung mit zahlreichen schönen Abbildungen erschienen) wir in der Folge regelmässig berichten werden. D. Ref.

Digitized by Google

während die Oberfläche des Epithels glatt und ohne jede wellige Form als vollkommen ebene Fläche darüber hinzieht. Diese Papillen finden sich am Stimmbande nur im Bereiche des Plattenepithels, sie sind weniger kegelförmig als leistenartig und diese Leisten verlaufen parallel dem freien Rande des Stimmbandes, entsprechend dessen Function und befestigen das Epithel an seine Unterlage. Auch Drüsen, und zwar traubenartige, kommen an der oberen und unteren Stimmbandfläche vor; sie reichen nicht selten bis in die Muskel hinein, so dass ihre unteren Acini von Muskelfibrillen umschlossen sind, vielleicht zum Zwecke, von diesen ausgepresst zu werden. Was die untere Fläche des Stimmbandes anlangt, so ist die Pars sesamoidea relativ reichlich mit Drüsen versehen. Sie liegen medianwärts vom Sesamkörperchen. Ihre Ausführungsgänge richten sich nach oben und hinten zu. An der Pars libera reichen die Drüsen im Allgemeinen etwas weiter vom freien Rande nach unten zurück. Sie stehen dicht nebeneinander. So haben wir am Stimmbande resp. der Pars libera desselben eine horizontale Zone, die fast drüsenfrei ist. Dieselbe entspricht dem freien Rande, ist aber relativ schmal, da sie nach unten nur 1 bis 1,5 Mm., nach oben 1,8 bis 2,5 Mm. misst. Ausserhalb dieser Zone werden oben und unten am Stimmbande Drüsen angetroffen, aber auch innerhalb derselben findet sich gewöhnlich eine solche. Dieselbe sitzt meistens am hinteren Ende der Pars libera, kann aber auch eine andere Stelle einnehmen.

Dies sind nur Einzelheiten aus der inhaltreichen Arbeit; das Gesammtstudium derselben, die durch vortreffliche Lichtdruckbilder von A. Frisch instructiv illustrirt wird, muss jedem Laryngologen dringend ans Herz gelegt werden. Beschorner.

Festsetzen eines halben Sovereigns im Kehlkopf und danach in dem linken Bronchus, Section. (Lodgement of half a sovereign in the larynx, and subsequently in the left bronchus, necropsy.) Von H. A. Lediard, M. D. (Lancet, 13. Oktober 1894.)

Der Fall betraf einen 26jähr. Mann. Bei dem Versuch, die Münze aus dem Kehlkopfe durch Tracheotomie zu entfernen, glitt sie vermuthlich in den Bronchus, und verursachte dort verschiedene Blutungen, an denen der Kranke schliesslich nach etwa 2 Monaten starb. Dreimaliger Versuch, den Fremdkörper durch die Trachealwunde in dem Bronchus zu fassen, misslangen. Erschwert wurden diese Versuche dadurch, dass das Athemgeräusch in der rechten Lunge schwächer als in der linken war, während das Goldstück doch in dem linken Bronchus festsass. M. Schm.

Fall von Laryngocele. (Sur un cas de laryngocèle.) Von Dr. Beausoleil. (Französische Gesellschaft für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Ein einziger Fall ist von Hutchinson beschrieben: Bei einem Phthisiker hat sich durch Hustenanstrengung eine hühnereigrosse Hernie der Mucosa durch den Cricothyroidealraum gebildet. Verf.'s Fall betrifft einen 50jährigen Mann, welcher nach drei Jahre andauerndem heftigen Husten bei jedem Hustenstoss eine pomeranzengrosse Geschwulst links am grossen Zungenbeinhorn zeigte. Drückte man auf den Tumor, so entstand Aphonie. Dr. P. K.

Digitized by Google

Behandlung von inoperablen bösartigen Geschwülsten mittelst der Toxine des Erysipels und des Bacillus prodigiosus. (The treatment of inoperable malignant tumors with toxines of erysipelas and bacillus prodigiosus. Von William B. Coley, M. D. vom New York cancer hospital. (Transactions of the amer. surg. Association, 1894.)

Verf. behandelt die genannten Geschwülste mittelst der durch ein Kitasatofilter durchgetriebenen Kulturen vom Streptococcus erysipelatis gemischt mit denen des Bacillus prodigiosus, 0,5 bis 1,5 der ersteren und 0,2 bis 0,3 der zweiten. Er macht die Einspritzungen in den Tumor; es gelingt nur in seltenen Fällen, ein wirkliches Erysipel zu erzielen. Ein solches wirkt kaum besser als die Kulturen. Unter den Fällen waren auch einige, welche in der Halsgegend äusserlich, an der Mandel oder dem Kiefer sassen. Die Einspritzungen hatten nur in wenigen Fällen keinen Einfluss auf die Geschwülste. In 5 Fällen unter 25 erreichte er ein vollständiges Verschwinden des Tumors, in weiteren 5 eine erhebliche Abschwellung. Von den Geheilten blieben mehrere auch länger, einer bis zu 7 Jahren geheilt. Auf Sarcome wirkte das Mittel besser als auf Krebse, bei denen er nur Besserungen erzielte, kein Verschwinden des Tumors. M. Schm.

Ueber das angeborene Diaphragma des Kehlkopfs. Von Prof. Dr. P. Bruns in Tübingen. (Arch. für Laryngol. u. Rhinol. Bd. I, Heft 1, p. 25.)

Angeborene Missbildungen des Kehlkopfs sind sehr selten. Als solche sind Geschwülste, insbesondere Papillome und Membranbildungen anzusehen. Als Ursache der letzteren dürfte zu gelten haben, dass die Verklebung erster Anlage sich nur unvollkommen lockert und zum Theil persistirt. Leichte Andeutungen solcher Membranen findet man häufig bei der laryngoscop. Untersuchung als zufälligen Befund. Die Krankheits-Erscheinungen bestehen in Heiserkeit oder vollständiger Aphonie, event. Athembeschwerden. Die Behandlungsweise richtet sich nach der Dicke und Resistenz des Diaphragma's. Man kann es durchschneiden, stückweise mit der Zange entfernen oder galvanocaustisch vorgehen und damit volle Heilung erzielen. In dem von B. mitgetheilten typischen Falle, ein Mädchen von 19 Jahren betreffend, wurde der Stenosenbehandlung, nach vorgenommener Tracheotomie, mittelst allmähliger unblutiger Dilatation, nach einem besonderen, vom Autor angegebenen und näher beschriebenen Verfahren, der Vorzug gegeben, um der Neigung zur Wiederverwachsung und Narbenzusammenziehung vorzubeugen. Der Erfolg war ein vollständiger und dauernder.

Beschorner.

Larynxtuberculose durch Beischlaf erworben. (Tuberculose laryngée primitive acquise par cohabitation.) Von Dr. Cadier. (Französ. Gesellsch. f. Laryngol. u. Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Verf. erzählt mehrere Fälle, wo Lungenphthisis durch die oberen Theile des Larynx begonnen hat. Anfangs erkannt, kann die Lungenphthisis durch Heilen des Larynx vermieden werden, nur muss die Larynxbehandlung gleich nach der Inoculation begonnen werden.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Concave Larynxspiegel. (Miroirs laryngoscopiques concaves.) Von Dr. Rayner D. Batteu. (British medical Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Verf. findet folgende Vortheile dabei: 1) Vergrösserung des Larynxbildes, 2) bessere Beleuchtung der unter den Stimmbändern gelegenen Theile

Referent konnte beim Gebrauche der concaven Larynxspiegel nur Nachtheile, besonders für Lernende, finden. Dr. P. K.

Beschreibung eines Taschenbestecks für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte und eines veränderten Kehlkopfspiegels. Von Dr. Avellis in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. I, Heft 1, p. 117.)

Hervorgehoben sei nur, dass A., um sonst leicht möglicher Infection vorzubeugen, jeden Patienten, durch dessen Krankheit ein Spiegel für den weiteren Gebrauch bei anderen Kranken ungeeignet gemacht wird, veranlasst, den verdorbenen Spiegel an sich zu nehmen und ihn bei der nächsten Consultation wieder mitzubringen. Dieses Verfahren wird erleichtert dadurch, dass sich das spiegelnde Plättchen leicht abnehmen lässt. Den auszuglühenden Stiel behält der Arzt. Bei der nächsten Untersuchung können Stiel und Spiegel durch einen originellen und festen Verschluss rasch mit einander vereinigt werden. Beschorner.

INHALT.

I. Originalien: Okuneff: Ueber die Anwendung des Acidum trichloraceticum bei chronischen eitrigen Entzündungen des Mittelohres. — Danziger: Ueber Angina urica — II. Referate: a) Otologische: Avoledo: Verletzungen des Ohres durch Schusswaffen (Revolver). — Joris: Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper im äusseren Gehörgang. — Hartmann: Die Mittelohrentzündung der Säuglinge. — Rohrer: Ueber die Perception hoher und tiefer Töne bei Affectionen des Labyrinthes und des Nervus acusticus. — Schwabach: Ueber den diagnostischen Werth der Stimmgabelprüfungen auf Grund einer Beobachtung von Tumor der Schädelbasis. — Bloch: Ueber das Hörvermögen der Taubstummen. — Harke: Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen Athmungswege einschliesslich des Gehörs. — b) Rhinologische: Schädelwunde, verursacht durch Revolverkugeln. Wiederholtes Nasenbluten. Ligatur der beiden Carotid. extern. Tamponade der Nase und beiden Sinus sphenoidales, aus denen die Blutung kam, zweifellos der Carotis interna dextra entstammend. — Jouslain: Haematom der Nasenscheidewand, durch seltenes Trauma hervorgebracht. — Schwager: Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut. — Chiari: Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut. — Straus: Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle beim gesunden Menschen. — Luc: Beitrag zum Studium der Eiterungen des Sinus frontalis, insbesondere ihre chirurgische Behandlung. — Janson: Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung. — Hopmann: Ueber Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraumes. — Schmidt: Die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraumes. — c) Pharyngo-laryngologische: Netter: Häufiges Vorkommen der Pneumococcen giftiger Natur im Munde von Reconvalescenten von Gesichtsrose. — Gouguenheim und Ripault: Abscesse der Mandelumgebung. — Marie: Myxoedem durch Darreichung von Glandula thyroidea vom Schafe geheilt. — Ruault: Neue chirurgische Behandlung der Mandelhypertrophie. — Guthrie: Ueber das Vorkommen diphtherischer Lähmungen ohne vorhergehende Schlunderkrankung. — Moizard: Behandlung der diphtheritischen Angina mittelst Sublimatglycerin. — Davison: Behandlung der Diphtherie mit den löslichen Salzen des Quecksilbers. — Richardson und Hollis: Diphtherie behandelt mit Aronsohn's Antitoxin. — Maurice: Diphtheriebehandlung mit Antitoxin. — Saw: Sechs Fälle von Tracheotomie wegen Diphtherie, die mit Aronsohn's Antitoxin. diphtheriae behandelt worden. — Francotte: Hysterisches Taubstummsein durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt. — Moure: Resultate der Castration auf die weibliche Stimme. — Fränkel: Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. 1) Das Stimmband, seine Leisten und Drüsen. — Lediard: Festsetzen eines halben Sovereigns im Kehlkopfe und danach in dem linken Bronchus. Section. — Beausoleil: Fall von Laryngocele. — Coley: Behandlung von inoperablen bösartigen Geschwülsten mittelst der Toxine des Erysipels und des Bacillus prodigiosus. - Bruns: Ueber das angeborene Diaphragma des Kehlkopfs. - Cadier: Larynxtuberculose durch Beischlaf erworben. — Batteu: Concave Larynxspiegel. — Avellis: Beschreibung eines Taschenbestecks für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keiler** (Cöln), Prof. Dr. **Klesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, Februar 1895.** **No. 2.**

I. Originalien.

Pilocarpin bei Erkrankungen des Mittelohres und des Labyrinthes.

Vortrag,

gehalten in der Section für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten auf dem fünften Congress russischer Aerzte in St. Petersburg im Januar 1894.

Von

Dr. **M. Shirmunsky** in St. Petersburg.

Bekanntlich wurden subcutane Injectionen von Pilocarpin bei bestimmten Ohrenkrankheiten zuerst von Politzer im Jahre 1880 auf dem zweiten Congress der Ohrenärzte in Mailand empfohlen.

Gestützt auf die wohlthuende Wirkung von Pilocarpininjectionen bei einigen tieferen Augenkrankheiten, besonders bei der acuten Irocyklitis, begann er dasselbe bei frischen Erkrankungen des Labyrinths, hauptsächlich syphilitischen Ursprungs, anzuwenden.

Bereits im Jahre 1885[1]) führt er eine ganze Reihe von Fällen an, in denen es ihm auf diese Weise gelang, eine bedeutende Hörverbesserung zu erzielen.

[1]) Wiener med. Blätter, 1885, No. 5.

Digitized by Google

Gleich günstige Resultate durch Pilocarpininjectionen erhielten bei Labyrinthsyphilis Barr[2]), Lopez[3]) und Botey[4]), bei anderen Labyrintherkrankungen Lucae[5]) und Jacobson[6]).

Die günstige Wirkung des Pilocarpins muss in den genannten Fällen wohl dem Umstande zugeschrieben werden, dass die durch dasselbe hervorgerufene starke Schweiss- und Speichelsecretion die Resorption des Exsudats und der noch nicht völlig organisirten entzündlichen Producte im Labyrinth beschleunigt.

Politzer[7]) wandte ausserdem noch subcutane Injectionen von Pilocarpin bei chronischen, sogenannten trockenen Mittelohrcatarrhen an, aber ohne jeden Erfolg. Andererseits gelang es ihm durch unmittelbare Einspritzungen von Pilocarpin in die Paukenhöhle, Verbesserung des Gehörs zu erzielen.

Sehr geringe Wirkung zeigt dieses Mittel nach Politzer bei heriditärer Syphilis, bei Panotitis und Taubheit infolge von Meningitis cerebro-spinalis.

Jedoch haben Moos und Wolf auch bei Panotitis mit subcutanen Pilocarpininjectionen bedeutende Hörverbesserung erlangt.

Im Falle von Moos[8]) handelte es sich um ein Mädchen von 7 Jahren, das am Ende der ersten Woche einer schweren Form scarlatinöser Diphtherie an einer doppelseitigen eitrigen Paukenhöhlenentzündung erkrankte, verbunden mit völliger Taubheit für alle Töne, Geräusche und Sprache.

Man machte subcutane Iojectionen einer 1 proctg. Pilocarpinlösung, anfangs 10 Tropfen täglich, dann alle zwei Tage einmal. Darauf wurde die zu injicirende Policarpinmenge verdoppelt (wieviel Injectionen gemacht wurden, ist aus dem Berichte nicht zu ersehen). Das Resultat der Behandlung war eine derartige Verbesserung des Gehörs, dass das Mädchen dem Unterrichte in der Schule folgen konnte.

Der Wolf'sche Fall[9]) betraf ein Kind von 6½ Jahren mit scarlatinöser Rachendiphtherie, das am 10. Tage an einer beiderseitigen Entzündung der Paukenhöhle erkrankte. Bald darauf trat vollständige Taubheit mit Erscheinungen von Seiten des Labyrinths ein.

Man machte 44 Injectionen von Pilocarpin, 5 Milligramm 2mal täglich, wobei alle zwei Tage die zu injicirende Flüssigkeit um 1 Milligramm gesteigert wurde. Am 3. Tage der Behandlung trat gleichzeitig mit reichlicher Schweiss- und Speichelsecretion eine Vermehrung der Ohreiterung ein. Am 9. Tage stellte sich Gehör für hohe Töne ein. Nach dreimonatlicher Behandlung erhielt man folgendes Resultat: Auf dem rechten Ohr vernahm das Kind Flüstersprache auf eine Entfernung von 4 Mtr., die Uhr auf 4 Ctm.; auf dem linken Ohr — gewöhnliche Sprache auf einer Entfernung von 2 Mtr.

---

[2]) Barr, Brit. med. Journ., 12. Juni 1885.
[3]) Lopez, Bul. mol. or., No. 3, Mai 1888.
[4]) Botey, Gaz. med. Catal., 15. Mar 1892.
[5]) Lucae, Realencyclop. der gesammt. Heilk., Bd. XV.
[6]) Jacobson, Arch. f. Ohrenheilk, Bd. XXI, 4.
[7]) Politzer, Lehrbuch d. Ohrenheilk., 3. Aufl., p. 253.
[8]) Moos, Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. XIII, p. 162.
[9]) Wolf, Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XVI, p. 189, u. Bd. XV, p. 78.

Digitized by Google

In letzterer Zeit führt auch Haug[10]) in seinem Buche einen Fall an, wo bei Labyrintherkrankung infolge von Diphtherie das Gehör durch Pilocarpinbehandlung gebessert wurde. Ein 12jahriges Mädchen erkrankte an Rachendiphtherie. Am 10. Tage wurde sie plötzlich auf beiden Ohren taub, ohne jegliche nachweisbare objective Veränderungen im Gehörapparate. Dank der methodischen Behandlung mit Electricität und subcutanen Injectionen von Pilocarpin (18 Injectionen zu 0,01) trat eine derartige Hörverbesserung ein, dass Patientin gewöhnliche Sprache gut vernehmen konnte.

Was die Behandlung der trockenen Mittelohrcatarrhe mit Pilocarpininjectionen anbelangt, so gelang es nur Kosegarten[11]) damit günstige Resultate zu erzielen. Er wandte dieses Mittel in 30 Fällen an, wobei er täglich im Laufe von einigen Monaten zu 0,01 injicirte.

Kosegarten versuchte die Wirkung des Pilocarpins bei trockenen Catarrhen folgendermassen zu erklären:

„Die Injectionen erzeugen eine bedeutende Hyperämie der Blutgefässe der Trommelhöhle, die sogar bis zur Exsudation führen kann, demnach kommt es zur Lockerung des starren Gewebes, zur Durchfeuchtung und Erweichung der Adhäsionen, und wird dadurch der starre Leitungsapparat wieder schwingungsfähiger."

Meine persönlichen Beobachtungen beziehon sich sowohl auf die Wirkung von Pilocarpin bei trockenen Mittelohrcatarrhen, als auch bei secundären Entzündungen des Labyrinths. In ersterer Richtung erprobte ich subcutane Pilocarpininjectionen bei zwei Patienten, von denen der eine 15, der andere 20 Injectionen bekam, aber weder beim einen noch beim andern eine merkliche Hörverbesserung nachzuweisen war.

Was die Pilocarpineinspritzungen direct in die Trommelhöhle anbelangt, so gelang es mir in den letzten drei Jahren, dieses Mittel bei mehr als 25 Patienten zu erproben. Ungeachtet der verhältnissmässig grossen Zahl von Injectionen (in einigen Fällen mehr als 30), erhielt ich von ihnen keine besseren Resultate, als von denen in ähnlichen Fällen üblichen Einspritzungen von Lösungen von Kali oder Natr. causticum, Natr. bicarbonicum etc. etc.

Bei secundären Erkrankungen des Labyrinths wandte ich subcutane Pilocarpininjectionen 4mal an.

Der erste Fall betraf einen Taubstummen, der das Gehör bereits in der Kindheit nach Scharlach verloren hatte. Die Untersuchung ergab theilweises Vorhandensein der Knochenleitung und des Gehörs für Geräusche und Töne; auch wurden hin und wieder Worte, direct in's Ohr hineingesprochen, vom Kranken vernommen. Auf Grund dieses versuchte ich hier die Wirkung von Pilocarpin zu erproben. 30 Injectionen hatten keinen Einfluss auf das Gehör.

In den übrigen drei Fällen (bei einem 5jährigen Kinde, bei einem Knaben von 15 Jahren und bei einem 60jährigen Manne) war absolute Taubheit infolge von Meningitis cerebro-spinalis vorhanden, ohne jegliche sichtbare objective Veränderungen im Gehörapparate. Die Be-

---

[10]) Haug, Die Krankheiten d. Ohren in ihrer Beziehung zu Allgemeinerkrankungen p. 73.

[11]) Kosegarten, Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. XVI, p. 114.

Digitized by Google

handlung mit Pilocarpin begann 6 — 12 Monate nach Ablauf der Krankheit und blieb ungeachtet der verhältnissmässig grossen Zahl von Injectionen (15—30) ohne jeden Erfolg.

Das negative Resultat, das ich von Pilocarpininjectionen sowohl bei trockenen Mittelohrcatarrhen, als auch bei secundären Entzündungen des Labyrinths erhielt, erklärt sich leicht dadurch, dass wir es hier mit starrem, bereits vollständig organisirtem Gewebe zu thun hatten, das nicht mehr resorptionsfähig war. Ein ganz anderes Resultat ist zu erwarten bei frischen Labyrinthaffectionen, bei denen die Entzündungsproducte noch nicht Zeit hatten, sich zu organisiren und daher durch die mittelst Pilocarpin hervorgerufene starke Speichel- und Schweissabsonderung schneller zur Resorption gebracht werden können.

In letzterer Zeit gelang es mir, zwei solche Fälle zu beobachten. In Anbetracht der durchaus erfreulichen Resultate, die ich durch Pilocarpin erzielte, erlaube ich mir hier näher auf sie einzugehen.

1. Fall. J. Panin, 19 Jahre alt, Arbeiter, fiel am 10. November 1893 von einer Leiter aus der Höhe des zweiten Stockwerkes und wurde um 10 Uhr Abends in bewusstlosem Zustande mit starkem Blutausfluss aus dem linken Ohre in die chirurgische Abtheilung des Rosbdestwen'schen Barackenlazareths gebracht. Hier trat gleich Erbrechen ein. Zwei Stunden darauf kam er wieder zur Besinnung.

Die Untersuchung ergab: Schwellung und Schmerzhaftigkeit im Gebiete des Proc. mastoidens, Schmerz auf Druck in der Schläfe und Stirngegend. Patient klagte über heftigen Kopfschmerz, Schwindel und Ohrensausen.

Am 18. November bemerkte man leichte paretische Erscheinungen am rechten Arm und rechten Bein.

Den 23. November, d. h. am 13. Tage der Erkrankung, sah ich den Patienten zum ersten Male. Er fühlte sich im Allgemeinen ziemlich wohl, klagte nur über einige Schwäche, Ohrensausen und völlige Taubheit auf dem linken Ohre.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Trommelfell bedeckt mit fest anhaftenden Blutgerinnseln, nach deren Entfernung es stark getrübt erschien. In der Mitte der vorderen Trommelfellhälfte eine stecknadelkopfgrosse atrophische Stelle (wahrscheinlich die Perforationsstelle des Trommelfells, die sich bereits geschlossen hatte). Gehör für die Uhr, Flüster- und laute Sprache = 0. Knochenleitung für die Uhr in sehr geringem Grade und nur an der Spitze des Pr. mastoides erhalten, an anderen Stellen = 0. Der Weber'sche Versuch gab ein negatives Resultat, d. h. die schwingende Stimmgabel wurde nur auf dem rechten gesunden Ohre gehört. Der Rinne'sche Versuch fiel auch negativ aus. Bei der Catheterisation ging die Luft frei durch die Tuba Eustachii, gelangte aber nicht bis zum Trommelfell selbst.

Diagnosis: Labyrinthitis traumatica et haemorrhagia in cavo tympani.

Den 25. November injicirte ich zum ersten Male 0,004 Pilocarpin subcutan. Erst sechs Stunden nach der Injection begann Patient reichlich zu schwitzen.

Die Quantität der Injectionsflüssigkeit wurde täglich um 1 Milligramm erhöht bis zu 0,012. Reichliche Schweiss- und Speichelsecretion trat gewöhnlich zwischen 1—6 Stunden nach der Injection ein. Im

Digitized by Google

Ganzen machte ich 19 Injectionen. Erst nach der sechsten Injection führte ich gleichzeitig die Luftdouche per Catheter aus, was darauf alle zwei Tage wiederholt wurde. Nach der 13. Pilocarpininjection begann ich 4—10 Tropfen 2proctg. Jodkalilösung direct in die Trommelhöhle per Catheter einzuspritzen. Letztere wurden jeden zweiten Tag wiederholt, im Ganzen 4mal.

Das Resultat der Behandlung war folgendes:

Bereits nach 5 Pilocarpininjectionen trat eine wirkliche Hörverbessung auf und zwar derart, dass Flüstersprache direct am Ohre völlig deutlich vernommen wurde. Die Knochenleitung stellte sich gleichfalls allmählig ein. Die Uhr wurde, wenn auch nicht ganz deutlich, doch an verschiedenen Stellen des Proc. mastoideus gehört. Nach 7 Injectionen wurde die Uhr dicht an der Ohrmuschel gehört, Flüstersprache auf einige Entfernung vom Ohr. Nach der 19. Injection wurde die Uhr sowohl im Gebiete des Proc. mastoideus, als auch an der Ohrmuschel deutlich gehört, Flüstersprache auf 1½ Mtr., laute Sprache auf ungefähr 3 Mtr. Leider musste die weitere Behandlung unterbrochen werden, da Patient das Krankenhaus verliess.

2. Fall. Herr A., 24 Jahre alt, Student, erkrankte im Mai 1892 an Syphilis. Er hatte 35 Injectionen von salicylsaurem Quecksilber und 8 Mercurialeinreibungen bekommen. Von der Zeit an waren, mit Ausnahme einiger kleinen Ulcerationen im Rachen, keine syphilitischen Erscheinungen mehr wahrzunehmen.

Am 14. September, als Patient sich auf dem Lande aufhielt, um sich von einer angestrengten geistigen Thätigkeit zu erholen, erwachte er eines Morgens völlig taub auf beiden Ohren. Das Erste, was ihm auffiel, war der Umstand, dass, nachdem er Tags vorher völlig richtig Klavier gespielt, er jetzt nicht im Stande war, auch nur einen einzigen Ton richtig wahrzunehmen.

Den 15. November, d. h. zwei Monate nach Beginn der Erkrankung, sah ich den Patienten zum ersten Male.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Keine objectiven Veränderungen an den Trommelfellen. Infolge heftigen Schnupfens (Pat. gebrauchte grosse Dosen von Jodkali) ging die Luft bei der Catheterisation nicht ganz frei durch die Tuba Eustachii hindurch. Der untere Nasengang der rechten Seite ist für den Catheter schwer durchgängig infolge einer Verbiegung der Nasenscheidewand, die Pat. sich in der Kindheit durch einen Fall auf die Nase zugezogen hat. Das Gehör auf dem rechten Ohr ist für die Uhr normal, für Flüstersprache = 5 Ctm., für laute Sprache = 1 Mtr.; Knochenleitung für die Uhr normal. Der Rinnesche Versuch ergab positives Resultat, wobei der Stimmgabelton durch die Knochenleitung sehr schnell abschwingt. Auf dem linken Ohre ist das Gehör für die Uhr = 0, für Flüstersprache = 10 Ctm., für laute Sprache = 1½ Mtr. Die Knochenleitung für die Uhr ist nur an einer Stelle des Proc. mastoideus schwach erhalten, an anderen Stellen aber ganz verschwunden. Rinne positiv, wobei der Stimmgabelton auch auf dieser Seite durch die Knochenleitung rasch abschwingt. Beim Weberschen Versuch ist der Stimmgabelton besser hörbar auf dem rechten Ohr.

Diagnosis: Labyrinthitis syphilitica.

Die erste Pilocarpininjection, 4 Mgrm., wurde am 16. November ge-

Digitized by Google

macht, wonach allgemeines Wärmegefühl auftrat, aber Schweisssecretion nicht erfolgte; 17. XI. wurden 6 Mgrm. injicirt, wonach wiederum keine Schweisssecretion eintrat; 18. XI. wurden 8 Mgrm. injicirt, wonach reichlicher, jedoch nicht anhaltender Schweiss folgte; am 20. November wurde die 4. Injection von 0,01 Pilocarpin gemacht und es erfolgte reichlicher und anhaltender Schweiss, jedoch ohne Speichelfluss. Die folgenden Injectionen wurden zwei Tage der Reihe nach mit eintäglicher Pause ausgeführt, wobei die Pilocarpinmenge bis auf 0,014 erhöht wurde. Bereits nach 10 Injectionen trat deutliche Hörverbesserung ein. Im Ganzen sind 24 Injectionen gemacht worden. Das Resultat ist folgendes:

Auf dem rechten Ohre Hörweite für Flüstersprache = 1 Mtr. (anstatt der früheren 5 Ctm.), für laute Sprache = 4 Mtr. (anstatt des früheren 1 Mtr.); auf dem linken Ohre Hörweite für Flüstersprache = $1^1/_2$ Mtr. (anstatt 10 Ctm.), für laute Sprache = 4 Mtr. (anstatt $1^1/_2$ Mtr.). Die Uhr ist in einiger Entfernung von der Ohrmuschel hörbar. Die Knochenleitung ist insoweit wieder hergestellt, dass die Uhr deutlich im ganzen Gebiete des Proc. mastoideus vernommen wird.

Um die Wirkung von Pilocarpin bei syphilitischen Erkrankungen des Labyrinths zu erklären, muss man die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die bei Labyrinthsyphilis beobachtet wurden, im Auge behalten. Obgleich diese Beobachtungen nicht zahlreich sind und aus der späteren Periode der Syphilis herrühren, so reichen sie doch genügend hin, um die Wirkung des obengenannten Mittels zu erklären.

Nach den Untersuchungen von Moos[12]), Steinbrügge[13]), Gruber[14]) und Politzer[15]) haben wir es bei Labyrinthsyphilis nicht mit einem eitrigen, sondern mit einem entzündlichen Process (kleinzellige Infiltration des Endosteums und des häutigen Labyrinths, Bluterguss und Neubildung von Bindgewebe, Ankylose des Steigbügels) zu thun und ausserdem mit secundären Veränderungen degenerativer Natur (Atrophie und Zerstörung der Nervenzellen, Ablagerung von Kalkmassen etc.). Daher ist es auch verständlich, dass man nur dann Nutzen von der Therapie erwarten könne, wenn sie möglichst früh begonnen wurde, zu einer Zeit, wo sich noch keine persistenten Veränderungen im Labyrinth haben bilden können.

Resumire ich meine Beobachtungen in Betreff der Wirkung von Pilocarpin bei Erkrankungen des Gehörapparats, so folgt:

1) Nur bei frischen Erkrankuegen des Labyrinths, welchen Ursprungs sie auch sein mögen (syphilitischen, traumatischen oder secundären), kann man erfolgreiche Wirkung von subcutanen Pilocarpininjectionen erwarten, und zwar um so sicherer, je zeitiger die Behandlung begonnen wurde.

2) Bei veralteten Labyrinthaffectionen und bei sogenannten trockenen Mittelohrcatarrhen, wo sich bereits persistente Veränderungen gebildet haben, sind sowohl subcutane, wie directe Injectionen von Pilocarpin in die Paukenhöhle auf den Process von durchaus keinem Einfluss.

---

[12]) Moos, Archiv f. Ohr., Abtheil. I, S. 93 und Virch. Arch., Bd. 69, p. 313.

[13]) Moos und Steinbrügge, Zeitschr. f. Ohr., XIV, p. 501.

[14]) Gruber, Lehrbuch d. Ohrenheilk., 2. Auflage, p. 617.

[15]) Politzer, Lehrbuch d. Ohrenheilk., 2. Auflage, p. 501.

Digitized by Google

Ueber den Infectionsmodus bei Kehlkopftuberlose und einige seltenere Fälle von Kehlkopftuberculose mit günstigem Verlauf.

Nach einem auf der Wiener Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrag.

Von

Dr. **Arthur Thost** in Hamburg.

M. H.! Ich möchte Ihnen über einige Fälle von Kehlkopftuberculose berichten, die ich in den letzten Jahren beobachtete und die von dem Bild, das wir sonst bei der tuberculösen Erkrankung des Kehlkopfes sehen, wesentlich verschieden sich darstellen.

Man hat, wie Sie wissen, die vielfachen Formen der tuberculösen Erkrankungen, wie sie im Kehlkopfe sich finden, in bestimmte Rubriken zu bringen versucht, und zwar von verschiedenen Standpunkten aus.

So theilt man dieselben vom rein pathologisch-anatomischen Standpunkt aus ein:

1. in infiltrirte Tuberculose,
2. in ulcerirte Tuberculose,
3. in förmliche Geschwülste bildende Tuberculose,
4. in die miliare Form der Tuberculose.

Es ist nicht immer leicht, den einzelnen Fall in solche Rubriken einzureihen, weil bei der ausgeprägten Tuberculose ja jene ganze Reihe von Veränderungen vorkommen und zu gleicher Zeit bei demselben Fall sich finden können, die bei dieser Infectionskrankheit so häufig sind, von der seichten Erosion zu tieferen Geschwüren, die bis in die Submucosa und das Perichondrium reichen können, daran sich anschliessend Perichondritis mit ausgedehnten necrotischen Processen am Knorpel, ferner mehr diffuse Infiltrationen und Oedeme und in günstigen Fällen bindegewebige und narbige Processe, auch Verkalkungen, ja förmlich an Papillome erinnernde Neubildungen der Schleimhaut.

Seit der Koch'schen Entdeckung aber interessirt uns ausser dem rein anatomischen Standpunkt bei der Beurtheilung der Kehlkopftuberculose doch vor Allem der ätiologische.

Die reiche Fülle von Beobachtungen, die das Studium der ätiologischen Seite seit jener Zeit gebracht hat, theils auf experimentellem Wege gewonnen, theils durch genaue, speciell auf das Vorkommen von Tuberkelbacillen gerichtete Untersuchungen am Krankenbette und an der Leiche, hat eine so logische Kette von Thatsachen ergeben, dass wir ohne Einschränkungen sagen können und müssen: Ohne Tuberkelbacillus keine Tuberculose.

Freilich gelingt der Nachweis nicht immer und in einigen der Fälle, die ich Ihnen heute kurz skizziren will, habe ich den Nachweis von Bacillen nicht liefern können.

Aber ein positiver Fall beweist in der Wissenschaft immer mehr, als hundert negative und eine gut beobachtete Thatsache mehr, als die geistreichste und blendendste Schlussfolgerung. Wenn es möglich wäre, bei jedem zweifelhaften Fall von Tuberculose Probeinjectionen von Tuberculocidin und Tuberculin zu machen oder Impfversuche anzustellen, so würde noch mancher negative Fall sich aufklären und manches Frage-

Digitized by Google

zeichen bei der Diagnose würde gestrichen werden können, denn oft hat das Thierexperiment noch ein positives Resultat ergeben, wo Section und microscopischer Befund im negativen Sinne ausgefallen waren.

Die best ausgeführte Section, die sorgfältigste microscopische Untersuchung kann eben nicht alle Winkel des Körpers durchsuchen, und als bestes Beispiel, wie eine besonders auf einen Punkt gerichtete Leichenuntersuchung doch noch die wichtigsten Ergebnisse liefern kann, die bisher allgemein übersehen wurden, möchte ich Sie an die interessante und hochwichtige Entdeckung erinnern, die in letzter Zeit bezüglich der Placentartuberculose gemacht worden ist.

Einem Assistenten der Gusserow'schen Klinik, Dr. Lehmann, ist es gelungen, in ganz kurzer Zeit bei einer Reihe von Placenten, die von phthisischen Frauen stammten, sicher tuberculöse Herde nachzuweisen, wenn er auf das Sorgfältigste diese Placenten in ganz feine Schnitte zerlegte, die verdächtigen Partien härtete und zahlreiche Schnitte untersuchte, und zwar fanden sich dieselben im Chorion, also dem fötalen Antheile der Placenta.

Welch' neues Licht bringt diese eine positive Thatsache in die dunkele Frage der Vererbung der Tuberculose?

Richten wir nun unsere Aufmerksamkeit speciell auf den Kehlkopf und fragen wir uns, wie gelangt der Tuberkelbacillus in den Kehlkopf und unter welchen Bedingungen siedelt er sich da an?

Auch für diese Frage müssen wir theoretisch wenigstens unterscheiden zwischen hereditärer und erworbener Tuberculose.

Dass Kinder mit Tuberkelbacillen im Leibe, wenn ich so sagen darf, geboren werden, ist jetzt durch viele und die besten Beobachter an Föten und Neugeborenen von Menschen und Thieren unzweifelhaft nachgewiesen, und nach den erwähnten Befunden in den fötalen Placentatheilen wahrscheinlich viel häufiger, als bisher angenommen wurde.

Mir persönlich unterliegt es gar keinem Zweifel, dass eine grosse Anzahl Menschen ihre Bacillen mit auf die Welt bringen, und dass sowohl durch die Placenta der kranken Mutter, wie durch das Sperma des Vaters bei gesunder Mutter Tuberkelbacillen mit übertragen werden.

Bisher ist der Nachweis allerdings nur selten gelungen, wir müssen aber daran denken, dass wir über die Sporen der Bacillen, die sicher wie bei allen Pilzen vorhanden sind, noch nicht viel wissen.

Das Alles erscheint mir um so weniger wunderbar, als bei den Pilzkrankheiten der Thiere und höheren Pflanzen solche Uebertragungen etwas ganz Gewöhnliches sind, ich erinnere nur an die Krankheiten mancher Raupen oder an den Pilz des Mutterkorns (Claviceps purpurea), der auch, mit dem Samenkorn übertragen, erst der reifen Frucht verderblich wird.

Nachdem Villemin noch vor der Entdeckung des Tuberkelbacillus die Uebertragbarkeit der Tuberculose nachgewiesen hatte, war es vielen Forschern, vor Allem aber Cohnheim aufgefallen, wie die Tuberculose in den Punkten Erblichkeit, Latenzstadium und Vorliebe für gewisse Entwickelungsstadien im Körper der exquisitesten aller Infectionskrankheiten, der Syphilis, gleiche, ferner auch darin, dass die ererbte Tuberculose wie die ererbte Lues in anderen Gliedern und Abschnitten des Körpers sich zeige, wie die erworbene.

Digitized by Google

So ist denn nach der Entdeckung des Tuberkelbacillus und des Tuberculins der grösste Theil der früher der Scrophulose zugerechneten Fälle als ererbte Tuberculose erkannt worden und die ausgezeichneten klinischen Beobachtungen Fournier's haben gezeigt, dass ein nicht unbeträchtlicher Theil der der Rhachitis zugezählten Fälle hereditäre Lues sind.

Die ererbte Tuberculose stellt sich im Kindesalter meist als Tuberculose der Drüsen und Knochen dar, Lungen- vor Allem aber Kehlkopftuberculose sind im Kindesalter selten; macht dagegen die ererbte Tuberculose erst in späteren Jahren Erscheinungen, so thut sie das fast immer unter der Form der Lungentuberculose, und ich habe immer den Eindruck gehabt, als ob gerade diese erblich belasteten Patienten auch besonders häufig an Kehlkopftuberculose erkrankten, die bekannten langen hageren Gestalten mit langen Hälsen und heiserer Stimme sieht man leider nur zu häufig.

Der Infectionsmodus für den Kehlkopf bei der hereditären Tuberculose ist ganz klar; das Sputum, das massenhaft Bacillen enthält, die alle den engsten Theil der Luftwege, den Kehlkopf, passiren müssen, inficirt hier die Kehlkopfschleimhaut. Alle Beobachtungen wenigstens scheinen darauf hinzuweisen, dass durch die Blutbahn oder die Lymphwege die Infection nicht stattfindet, dagegen weist der constante Befund der Bacillen im Epithel und in den subepithelialen Infiltrationen auf eine Infection von der Oberfläche aus hin. In den tieferen Schichten, in den Gefässen findet man keine Bacillen.

Ob Bacillen durch das unverletzte Epithel zu dringen vermögen, ist zweifelhaft; ich glaube nicht daran, denn das unverletzte Epithel ist es ja, was den Gesunden gegen Infection schützt.

Bei meinen eigenen Untersuchungen habe ich immer den Eindruck gehabt, dass die Bacillen entweder durch Substanzverluste in der Schleimhaut, oder durch die Drüsenmündungen, deren Epithel durch Catarrhe völlig verändert ist, eindringen müssen, denn die Bacillen und die subepithelialen Knötchen finden sich meist in den infiltrirten und aufgeworfenen Randpartien der Geschwüre, von denen aus die Schleimhaut oft auf weite Strecken hin unterminirt ist. Ausserdem fand ich fast immer die Drüsen bis tief hinein infiltrirt, die Ausführungsgänge häufig erweitert, so namentlich im Sinus Morgagni, und Tuberkelknötchen selbst zwischen den Drüsenacinis.

Ich finde, dass man den einschlägigen Beobachtungen von Rindfleisch immer zu wenig Beachtung schenkt, der übrigens, wie ich seine Schilderung verstehe, auch durchaus nicht das Vorkommen wirklicher Tuberkelknötchen in der Larynxschleimhaut läugnet. Dem entspricht auch das klinische Bild.

Die Larynxtuberculose entwickelt sich an Stellen, wo Substanzverluste, mag man sie nun catarrhalische Geschwüre oder erosive Geschwüre oder Arrosionen nennen, sich häufig finden; ebenso auf alten syphilitischen Verdickungen und Resten. Prädilectionsstellen sind ferner Stellen der Schleimhaut, die mit Drüsen reich besetzt sind, ich erinnere nur an die Interarytänoid-Schleimhaut, die, wie man häufig, namentlich bei weiblichen Kehlköpfen sehen kann, zu einem förmlichen Tumor sich umwandeln kann, während alle anderen Abschnitte des Kehlkopfes im Spiegelbild sich als absolut normal zeigen.

Digitized by Google

Es ist gar nicht einmal nöthig, dass das Geschwür an der Infectionsstelle selbst zuerst sich zeigt, der eingedrungene Bacillus unterminirt die Schleimhaut, die durch Knötchenbildung und kleinzellige Infiltration auf den Reiz reagirt, beim späteren Zerfall dieses neugebildeten Materials kann das Geschwür dann von der Infectionsstelle entfernt auftreten; so scheint mir manche Infiltration und spätere Ulceration am wahren Stimmband ihre Entstehung Infectionsträgern zu verdanken, die durch veränderte Drüsen im Sinus Morgagni eingedrungen sind, denn gerade dort fand ich die oben erwähnte Drüsenveränderung besonders häufig.

Die tiefe Lage der Drüsen in der Submucosa, die sich an der Interarytänoidpartie bis in die Muskelfasern des Transversus hinein erstrecken, die in der Epiglottis sogar in Nischen und kleinen Knorpelhöhlen eingelagert sind, erklären auch das rasche Vordringen der Geschwüre in die Tiefe, die ausgebreiteten Oedeme und die Neigung zur Knorpelnecrose. Ich glaube, dass man zur Erklärung des klinischen und anatomischen Bildes der Kehlkopftuberculose der Beihilfe der Drüsen nicht entbehren kann.

Wenn ich oben sagte, dass eine Infection durch die Blutbahn unwahrscheinlich sei, so muss ich dazu eine einschränkende Bemerkung machen. Wenn man nämlich der Auffassung sich zuneigt — und für diese Auffassung sprechen viele Gründe —, dass die Riesenzellen aus gewucherten Gefässendothelien entstanden sind, so würde der Umstand, dass Bacillen in den Riesenzellen sich finden, dafür sprechen, dass auch auf dem Wege der Blutbahn wenigstens von der Infectionsstelle aus Bacillen transportirt werden. Ebenso müssen die Verhältnisse mit in Betracht gezogen werden, die man unter dem Sammelnamen „Mischinfection" zusammensetzt, dass namentlich Staphylococcen, aber auch Streptococcen bei allen ulcerativen Processen eine wesentliche Rolle spielen und das Bild und den Verlauf der Tuberculose verändern.

Das Verständniss der Vorgänge bei der Schleimhauttuberculose erleichtert es ungemein, wenn wir uns einmal ansehen, wie in dieser Beziehung die Darmschleimhaut sich verhält. Wir wissen durch die Untersuchungen Wesener's, dass die mit dem Speichel und Sputum verschluckten Bacillen den Magen ohne Einbusse an ihrer Virulenz passiren, wenn auch Tuberculose der Magenschleimhaut selbst selten gefunden wird. Wir wissen durch die Untersuchungen von Bodo, dass die im Kothe gefundenen Bacillen nicht von tuberculösen Darmgeschwüren, sondern aus dem verschluckten Sputum stammen, wir wissen auch, dass tuberculöse Geschwüre sich mit Vorliebe an der engsten Stelle im Darm, wo der Darminhalt am längsten Station macht, an der Ileocöcalklappe finden; ferner wissen wir, dass am Anus, wo Einrisse häufig vorkommen, die tuberculöse Anusfistel sich bildet und zwar oft als erstes verdächtiges Zeichen, lange bevor Erscheinungen in der Lunge sich nachweisen lassen, obgleich die Entstehung dieser Fistel doch kaum anders, als durch verschlucktes Sputum zu erklären ist.

Ich füge hinzu, dass primäre Darmtuberculose bei Erwachsenen äusserst selten ist, Eisenhard fand dieselbe bei 1000 Leichen des Münchener Materials nur ein Mal; auch haben die Thierversuche bei der Fütterungstuberculose gezeigt, dass flüssige Aufschwemmungen von Reinculturen, namentlich aber Emulsionen und tuberculöse Milch nie Darm-

Digitized by Google

geschwüre erzeugen, sondern Tuberculose der Mesenterialdrüsen, während gröbere verfütterte Stücke Darmtuberculose erzeugen.

Klebs nimmt an, dass die längere Berührung an geeigneten Stellen den Tuberkelbacillen gestatte, in die Schleimhaut hineinzuwachsen.

Aehnliche Vorgänge spielen sich auch auf der Schleimhaut des Respirationstractus ab. Flüssiges Sputum wird leicht über die gesunde Schleimhaut passiren, dickeres, zäheres Sputum, wie namentlich die Cavernen solches liefern, wird an der engsten Stelle an der Glottis leicht ankleben und haften. Wir sehen ja täglich im Spiegelbild, wie solche zähe Sputa am freien Rand der wahren Stimmbänder oder an der Interarytänoidschleimhaut haften bleiben, mit dem Athmungsstrom hin- und herbewegt werden und mit einer gewissen Schwierigkeit über diese Hindernisse hinwegvoltigiren.

Es sind dies genau die Stellen, wo mit Vorliebe tuberculöse Geschwüre entstehen, und so kommt die alte Lehre von Louis, von der ätzenden Wirkung der Sputa, wieder zu Ehren.

Dass ein Catarrh der tuberculösen Infection vorausgeht, dass er die Kehlkopftuberculose auch begleitet, ist Jedem klar, der sehen will; dass Hypertrophie der Schleimhaut, dass Retention von Secret zwischen den verdickten Falten statt hat, wie das Schottelius namentlich betont, dass Desquamation des Epithels, dass Erosion oder Arrosion stattfindet, dass, ähnlich wie in der Nase, Secret antrocknet und Epithelverluste hinterlässt, dass eine auffallend grosse Anzahl von Phthisikern an gleichzeitigen alten Catarrhen der Nase, des Nasenrachenraums und Rachens, an alten Mittelohrcatarrhen leiden, die bis in die ersten Lebensjahre hinein sich verfolgen lassen, das weiss Jeder, der ein grösseres Material beobachtet hat, und der ganze Streit dreht sich nur darum, soll man neben der Tuberculose des Kehlkopfes noch einen besonderen Catarrh annehmen oder nicht.

Ein Geschwür im Kehlkopf bei einem Individuum, das täglich Unmassen Bacillen mit dem Sputum aushustet, wird sehr bald tuberculös inficirt werden, und so hat Moritz Schmidt sicher recht, wenn er sagt, man gehe nicht fehl, wenn man alle Kehlkopfgeschwüre bei bestehender Lungentuberculose für tuberculös erkläre.

Lassen Sie mich über die erworbene Tuberculose und ihre Besonderheiten noch einige Worte sagen, da meine Fälle dieser Kategorie angehören.

Die erworbene Tuberculose ist ja auch mit verschwindenden Ausnahmen eine Lungentuberculose und beginnt als Spitzencatarrh, so dass für diese Form dieselben Infectionsbedingungen gelten, wie für die hereditäre Tuberculose.

Gelegenheit zur Infection ist da, wo viele Menschen dicht bei einander in engen Räumen leben, immer gegeben, die Grossstädte liefern daher auch das Hauptcontingent, Gefangenanstalten sind reich an Tuberculosefällen, auch Thiere, die in Käfigen gehalten werden, erkranken leicht. Frei herumlaufende Thiere sind schwer zu inficiren. Trotzdem werden immer nur einzelne Individuen befallen. Zum Zustandekommen der Infection ist es nöthig, dass die Widerstandsfähigkeit herabgesetzt ist. So erkranken Reconvalescenten von schweren Krankheiten, Leute, die Influenza überstanden haben, ferner Leute, die an Dyscrasien leiden,

Digitized by Google

Chlorotische, Anämische, vor Allem Diabetiker besonders leicht an Tuberculose, auch Traumen, wie in einem meiner Fälle, können die Bedingungen zur Ansiedelung von Bacillen geben.

So lange in den Krankenhäusern die Tuberculösen noch mitten unter Typhusreconvalescenten und Chlorotischen liegen, werden immer eine Anzahl Leute ihre Tuberculose sich da erwerben, und Wärter und Wärterinnen und auch Aerzte werden sich da inficiren. Darüber existiren sehr lehrreiche Beobachtungen.

Der menschliche Körper hat zum Glück eine grosse Neigung, die Tuberculose zu überwinden, eine grosse Anzahl Fälle heilt spontan, so dass das betreffende Individuum oft kaum eine Idee hat, dass der vorübergehende Husten eine Tuberculose war; Bollinger fand bei 40—50 pCt. aller secirten Leichen Reste überstandener Tuberculose. Baumgarten nimmt an, dass von fünf Personen zwei bis drei tuberculös seien. Speciell der Kehlkopf erkrankt nicht leicht.

Bedenken wir doch, dass nach den verschiedenen Statistiken von den an Lungentuberculose sterbenden Leuten nur eine relativ geringe Zahl an Kehlkopftuberculose erkrankt waren; Willigk rechnet nur 13,8 pCt., das ist wohl zu niedrig gegriffen, Schech rechnet dann auch 30 pCt. heraus und Frommel nach dem Würzburger Material 40 pCt. Immerhin husten mehr als die Hälfte der Tuberculösen bis an ihr Lebensende Milliarden von Bacillen durch den Kehlkopf und erkranken nicht an Larynxtuberculose.

Es muss zum Zustandekommen der Infection also auch im Kehlkopf an einzelnen Stellen der Widerstand herabgesetzt sein, und es ist nöthig, dass an den kranken Stellen später Secret längere Zeit haftet.

Auch hier erklärt ein Beispiel aus der Botanik solche Vorgänge. Eine Anzahl Früchte, die längere Zeit liegen, zeigen nach einiger Zeit Flecke, wo Schimmelpilze sich ansiedeln, die übrigen bleiben gesund, und wenn wir näher zusehen, erkennen wir, dass diese Pilze sich an den gedrückten und verletzten Stellen der Schaale, an alten Insectenstichen sich angesiedelt haben, während die doch überall vorhandenen Keime an der gesunden Schaale nicht haften.

Ich füge noch hinzu, dass bezüglich der Häufigkeit der Kehlkopftuberculose beim Lebenden das Verhältniss noch viel günstiger ist als an der Leiche, denn die obigen Statistiken sind Leichenmaterial entnommen; da nun in den letzten Tagen des Lebens, bei dem langsamen Erlöschen der Lebensenergie bei Tuberculösen — non moriuntur, sed vivere cessant —, wohl noch ein gut Theil Veränderungen sich bilden, die im Leben nicht beobachtet werden konnten. Aus demselben Grunde lässt sich auch die Differenz erklären zwischen dem häufigen Befund von Trachealgeschwüren, die der pathologische Anatom verzeichnet und der Seltenheit, mit der wir Laryngologen dieses Vorkommniss zu Gesicht bekommen.

Bei der erworbenen Tuberculose ist endlich auch die Heilungstendenz der Kehlkopfgeschwüre eine besonders grosse, wie ich Ihnen durch einige neue Fälle erläutern kann.

Zum Zustandekommen solcher Resultate kommen ausser der allgemeinen Ernährung — ein guter Magen ist bekanntlich das beste Mittel gegen Tuberculose — auch gewisse äussere klimatische Einflüsse in Be-

Digitized by Google

tracht, und ohne dass ich Hamburg für einen klimatischen Curort erklären will, kann ich nicht umhin, zu sagen, dass in unserem nordischen Klima, weil es feucht und staubfrei ist, die Kehlkopftuberculösen sich nicht schlecht befinden.

Unser Klima befördert gerade die hypertrophischen Formen der Catarrhe, und wenn ich die Bilder von Larynxtuberculose, die ich in den drei Jahren, wo ich die Wiener Ambulatorien besuchte, sah, mit dem vergleiche, was ich in unserem mehr feuchten Klima sehe, so muss ich sagen, dass die schweren Formen hier so häufig nicht vorkommen und dass die leichten Formen mit einer Tendenz zum Heilen sich hier häufiger finden. Der Wiener Kalkstaub ist ja in seiner ungünstigen Wirkung bekannt und er ist es wahrscheinlich auch, der die in Wien relativ häufige Tuberculose der Mundschleimhaut hervorbringt, die bei uns zu den grössten Seltenheiten gehört.

Ueber die Punkte: die äusseren Ursachen, Klima, Staub, Beschäftigung und die dadurch verursachten und veränderten Formen der Tuberculose ist noch wenig Zusammenhängendes bekannt, obwohl es für die Therapie gerade wichtig wäre, die Bedingungen kennen zu lernen, die die Heilung der Tuberculose zu unterstützen geeignet sind.

Ich lasse nun in möglichster Kürze einige Krankengeschichten von selteneren Formen von Kehlkopftuberculose folgen, die als Beispiele für die im Vorstehenden etwas ausführlicher behandelten Infectionsweisen dienen können:

I. Fall: Erworbene Tuberculose. Solitärer harter Tuberkelknoten im Larynx. Spontane Heilung.

Frl. R., 32 Jahre. Eltern gesund. 11 Geschwister gesund, jetzt soll ein Bruder, der früher stets gesund war, lungenleidend sein. Patientin selbst hat keinerlei Krankheit überstanden.

November 1887: Rippenfellentzündung.

Juli 1892: Schmerzen in der linken Seite. Objectiv soll Nichts zu finden gewesen sein.

December 1892: plötzlich Heiserkeit.

Januar 93. Erhebliche Besserung der Heiserkeit spontan eingetreten.

Februar 93. Sehr starke Heiserkeit. Abmagerung. Locale Behandlung mit Milchsäure und Jodol. Kreosot innerlich.

Larynx: Beim Eintritt in die Behandlung April 93 Schwellung und Oedem des rechten Stimmbandes.

August 93. Larynx und Stimme fast normal.

September 93. 1. September. Pat. kehrt heiser von der Reise zurück, sehr trockener, staubiger Sommer.

Larynx: Das rechte Stimmband völlig glatt. Ein gelbes, kleinerbsengrosses, fast gestielt aufsitzendes Knötchen auf der Interarytänoidschleimhaut.

Gewichtsabnahme 4 Pfund.

Nach vier Tagen nach einer Pinselung das Knötchen wie eine Erbse in zwei gleiche Hälften gespalten, bei der Phonation legen sich dieselben so zusammen, dass das Knötchen unverändert erscheint, nur eine feine Linie an der Bruchstelle erkennbar.

Digitized by Google

Das Knötchen zerfällt, am 20. September an dessen Stelle ein oberflächliches speckiges Geschwür, Oedem beider Aryknorpel. Keine Bacillen im Auswurf.

Am 26. September nur noch eine kleine gelbe Stelle, noch etwas Oedem, namentlich links.

Gewichtszunahme 2 Pfund.

Am 20. October. Schleimhaut glatt, die ganze Partie noch etwas verdickt. Stimme gut. Allgemeinbefinden gut.

Nach einigen Wochen völlige Rückbildung ohne wesentliche therapeutische Eingriffe. Stimme gut. Patientin ist sehr stark geworden. 10 Pfund Zunahme.

September 94. Völlig normaler Larynx.

Vom Beginn bis heute leichte zweifelhafte Dämpfung an der rechten Spitze. Athmungsgeräusch daselbst bisweilen etwas rauh. Nie Bacillen im Auswurf.

Figur I. Figur II. Figur III.

Figur I. 1. August 1893. Das rechte Stimmband war völlig glatt. Patientin kommt heiser von der Reise. Ein gelbes kleinerbsengrosses Knötchen fest gestielt aufsitzend auf der Interarytänoid-Schleimhaut. Gewichtsabnahme 4 Pfund.

Figur II. 4. August 1893. Das Knötchen hat sich in zwei ganz symmetrische Hälften getheilt, bei der Phonation legen sich dieselben zusammen, so dass der Tumor wie am 1 August sich präsentirt.

Figur III. 20. August 1893. Oberflächliches speckiges Geschwür. Oedem bei der Aryknorpel. Keine Bacillen.

II. Fall. Chronisches breites Geschwür der rechten Larynxhälfte. Durch eine sehr intensive Tuberculincur: Ausstossung eines Knorpelstückes vom Processus vocalis. Völlige Heilung des Larynx.

Bahnassistent R., 32 Jahre.

Eltern und Geschwister gesund. Als Kind Augenentzündung. Drüsenschwellungen. Hustet seit etwas über einem Jahr. Vor zehn Monaten Influenza, danach trat Heiserkeit ein.

Lungenbefund: Nur über der linken Clavicula ganz leichte Dämpfung, daselbst unbestimmtes Athmen, hier und da ein Knacken.

An der rechten Spitze keine Dämpfung, etwas rauhes Athmen, ganz vereinzelte Rasselgeräusche. Etwas Emphysem. Herz leicht überlagert. Spärliche Bacillen im Sputum.

Larynx: Linkes Stimmband normal weiss; linke Larynxhälfte fast normal. Interarytänoidschleimhaut leicht vorgewölbt und geschwellt. Die ganze rechte Seite des Kehlkopfinnern eingenommen durch ein grosses, bis zum wahren Stimmband herabreichendes, dasselbe weit umfassendes Geschwür, das zum Theil benarbt ist. Locale Behandlung mit Milch-

Digitized by Google

säure. Tuberculincur im Eppendorfer Krankenhaus. 28. November 1890 — 23. Januar 1891.

25 Injectionen von Tuberculin von 0,01 steigend bis 0,1. Dabei sehr heftige allgemeine und locale Reaction, ein Stück Knorpel vom Processus vocalis der rechten Seite stösst sich ab. Mit völlig vernarbtem Larynx entlassen. —

Heute nach 4 Jahren im Larynx noch glatte Narbe, gutes Allgemeinbefinden, Sprache leicht heiser.

Demonstration der Fiebercurve und farbige Skizzen der Veränderungen im Kehlkopf.

III. Fall. Chronische erworbene Tuberculose. Wandernde Geschwüre im Larynx. Tuberculöse fungöse Sehnenscheidenentzündung.

Herr R. K. In der Jugend bisweilen heiser. Vor einigen Jahren Nasenrachenkatarrh. Uvula wurde amputirt; die Lungen wurden für gesund erklärt.

An den Lungen war an der rechten Spitze eine zweifelhafte Dämpfung. Leichtes hauchendes Athmen daselbst. Emphysem. Herz überlagert.

Nur einmal, im letzten Jahr Bacillen gefunden. Larynx: 1891, als Patient in Behandlung trat, war das rechte Stimmband mit Granulationen bedeckt, dieselben heilten, darnach trat Schwellung der Interarytänoidschleimhaut ein. Der Larynx heilte ziemlich aus, da entstand am Rand des Interarytänoidgeschwüres ein kirschkerngrosser Tumor. Starke Heiserkeit; auch dieser Tumor verschwand, es traten unterhalb der Stimmbänder Schwellungen und Auflockerungen der Schleimhaut ein, in der Interarytänoidschleimhaut wieder ein kleiner Tumor. Stimmbänder in der letzten Zeit leicht paretisch, Befinden, Ernährung schwankend, je nach den Processen im Kehlkopf. — Demonstration von Skizzen des Larynx.

IV. Fall. Erworbene chronische Tuberculose nach Influenza. Kleines Larynxgeschwür am Stimmband geheilt.

Herr Otto F., früher stets gesund. Hereditär nicht belastet. März 1892 Influenza; bald darauf leichte Heiserkeit.

Lungen: Beide Spitzen suspect. Massenhafte Bacillen im Auswurf. Larynx: Ulceration und Infiltration des vorderen Abschnittes des rechten Stimmbandes. Patient hat keine Ahnung, dass er ernster krank ist.

Locale Behandlung mit Milchsäure. Nach einem mehrwöchentlichen Aufenthalt in Mecklenburg fast völlige Heilung. An Stelle des Geschwürs im Larynx nur ganz leichte Röthung und Abrundung des Stimmbandes. Ausgezeichnetes Allgemeinbefinden. Sputum bacillenfrei.

Patient hatte in einem Comptoir, das sehr eng und schlecht gelüftet war, mit einem anderen Patienten von mir zusammengearbeitet, der an Lungen- und Kehlkopftuberculose litt.

V. Fall. Trauma. Sturz in ein Siel. Vergiftung durch Gase. Seit der Zeit Husten. Später Heiserkeit.

Herr E., 32 Jahre. Sielarbeiter. Hereditär nicht belastet. Im letzten Jahr fiel Patient mit mehreren Anderen tief in ein Siel. Er wurde ohnmächtig herausgezogen, die Uebrigen erstickten im Siel. Seit der Zeit will der früher sehr kräftige Mann husten. Heiserkeit besteht seit einigen Monaten.

Digitized by Google

Lungenbefund: Beide Lungenspitzen suspect. Larynx: Leicht blutende, ulcerirte Stelle am vorderen Ende des rechten Stimmbandes. Im Sputum nie Bacillen nachzuweisen. Gutes Allgemeinbefinden. Auf Milchsäure wesentliche Besserung, beginnende Benarbung des Ulcus. Noch in Behandlung.

Demonstration von Skizzen des Larynxinnern.

VI. Fall. Chronische Infiltration des linken wahren Stimmbandes, Lungenemphysem. Keine Bacillen.

Patient hereditär nicht belastet. Immer gesund; ist 18 Jahre lang als Steuermann zur See gefahren. Heiser schon seit 8—9 Jahren.

Lungenbefund: An beiden Spitzen Knacken, unbestimmtes Athmen. Ausgepräptes Lungenemphysem Sputum spärlich, stets frei von Bacillen (dieselben wenigstens nicht nachweisbar) Larynx: Linke Larynxhälfte bewegt sich nur unvollständig. Linkes Stimmband geröthet, ödematös.

Auf Milchsäurebehandlung grosse subjective Erleichterung. Objectiv nicht die geringste Veränderung. Vorzüglicher Ernährungszustand.

Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

2. Jahresversammlung, I. Juli 1894, in Amsterdam.

In den Vorstand wurden wiedergewählt: als Vorsitzender Prof. Guye, als Schatzmeister Prof. Doyer, als Schriftführer Dr. Burger.

I. Prof. A. A. G. Guye (Amsterdam): Ein Fall von Crista septi narium.

Der Pat., den ich Ihnen vorstelle, Herr X., 18 J. alt, ist seit 1883 einige Male in meiner Behandlung gewesen wegen Mittelohrentzündung, Tonsillen-Hypertrophie und adenoide Wucherungen. Nachdem ich ihn in 6 Jahren nicht gesehen, kam er 1892 wieder zu mir, weil die linke Nasenhälfte allmählig undurchgängig geworden war. Ich fand eine grosse, scharfe Leiste am Septum, welche früher nicht dagewesen war, und deren Entstehen ich deshalb mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit auf einen Schlag auf die Nase mit einem Cricquetball im vorigen Jahre zurückführen konnte. Dieselbe war theilweise mit der unteren Muschel verwachsen. Ich entfernte am 15. Juli 1892 dieselbe mittelst Säge und Meissel, liess als Nachbehandlung eine Kautschuk-Röhre, $6^2/_3$, später 5 Mm. im Durchmesser, in der Nase tragen, und konnte Pat. am 13. August geheilt entlassen. Nach einem halben Jahre, 12. Januar 1893, zeigte sich Pat. von Neuem, und ich fand die linke Nasenseite wiederum durch einen Auswuchs der Scheidewand fast vollständig verlegt. Auch dieser Auswuchs wurde entfernt und in der früheren Weise nachbehandelt; allein nach drei Monaten zeigte sich diese Nasenhälfte von Neuem spaltförmig verengert, und ich entschloss mich, das Septum mittelst Kautschuk-Röhrchen systematisch, gleichsam orthopädisch zu behandeln. Ich führte nun Röhrchen von zunehmender Dicke (6, 8, 10 und 12 Mm.) ein, liess dieselben täglich nur 1—2 Stunden herausnehmen, und sonst als Dauertampon tragen. Jetzt trägt Pat. seit einem halben Jahre das

Digitized by Google

11 Mm. dicke und 10 Ctm. lange Röhrchen täglich nur noch 1—2 Stunden, um einer neuen Verengerung der Nase vorzubeugen. Die Kopfschmerzen und Aprosexie, von welcher seine Nasenverstopfung immer begleitet gewesen, sind vollständig verschwunden.

Drei Punkte sind hier von Interesse: 1) die traumatische Genese des Leidens, welche meiner Meinung nach die Regel bildet, welche in diesem Falle aber mit Sicherheit festgestellt ist, weil ich die Nase des Patienten vor dem Trauma oft untersucht und keine Crista gefunden hatte; — 2) die Neigung zur Recidive, weil das Septum, nachdem es durch das Trauma desequilibrirt worden, sich immer wieder nach der kranken Seite hin vorwölbte; — 3) das gute Resultat der orthopädischen Behandlung, mit welcher ich fortfahren werde, bis Pat. sein volles Wachsthum erreicht haben wird. Ich benutze Röhrchen von 8—10 Ctm. Länge, so dass sie die hintere Rachenwand berühren. Wenn das dem Pat. unangenehm ist, zieht er das Röhrchen etwas nach vorn. Kürzere Röhren gerathen leicht nach hinten, so dass man Mühe hat, sie zu entfernen.

II. Dr. W. Posthumus Meyes (Amsterdam): Zwei Fälle von Carcinoma pharyngis.

In den beiden Fällen, die ich Ihnen vorstelle, existirt ein auffälliges Missverhältniss zwischen den unbedeutenden Klagen und dem Ernst des Leidens. Der erste Pat., 34 Jahre alt, hat seit einem halben Jahre rechtsseitige Nasenverstopfung; seit sechs Wochen eine harte Schwellung an der rechten Seite des Halses. Ich fand im Nasenrachenraum eine taubeneigrosse Geschwulst, welche mit der rechten Seitenwand und dem Gewölbe des Rachens fest verbunden war, sich auch links vom Septum fortsetzte und den weichen Gaumen nach unten drückte. Pat. hatte vor einem halben Jahre ein heftiges Nasenbluten gehabt. Die Diagnose lautete: maligne Geschwulst. Um dem Pat. Luft zu geben, entfernte ich mit dem Gottstein'schen Ringmesser in einer Sitzung die Geschwulst, wodurch eine freie Nasenathmung hergestellt wurde. Das Ergebniss der microscopischen Untersuchung lautete: Krebs.

Der zweite Pat., ein kräftiger Mann von 51 Jahren, leidet seit Herbst 1893 an doppelseitiger Nasenverstopfung mit zeitweise ausstrahlenden Schmerzen im Nacken. Zwei Monate später entstanden zunehmende Schwellungen um den Hals herum. Es existirt eine fötide Naseneiterung; seit einigen Wochen rechtsseitiger Ohrenfluss. Die ganze Nase ist mit festen, leicht blutenden Tumoren und stinkendem Eiter gefüllt; die rechte Seite des weichen Gaumens durch eine von der rechten Rachenwand ausgehende Geschwulst nach unten verdrängt. Auch in der linken Hälfte der Nasenrachenhöhle Tumoren. Microscopische Diagnose: Carcinom. Die Geschwulst geht wahrscheinlich vom Keilbein aus. Auffallend ist die geringe Störung des Allgemeinbefindens.

Prof. P. K. Pel (Amsterdam): A. Hysterische Posticusparalyse.

Ich stelle Ihnen ein Fräulein vor mit linksseitiger Posticusparalyse, wofür alle die gewöhnlichen ätiologischen Momente fehlen. Es besteht keine Tabes oder ein anderes organisches Hirn- oder Rückenmarksleiden. Die Aorta, das Mediastinum und die Lungenspitzen sind gesund; desgleichen die Speiseröhre und die Schilddrüse. Dagegen hat die Pat. eine ganze Reihe von hysterischen Klagen. Ich halte es also für wahr-

Digitized by Google

scheinlich, dass wir es hier mit einer hysterischen Posticuslähmung zu thun haben.

Dr. H. Burger: Ich erlaube mir, in Bezug auf eine solche Diagnose die grösste Reserve zu empfehlen. In einem grossen Procentverhältniss von Recurrens- und Posticuslähmungen bleibt intra vitam die Aetiologie dunkel, wie auch Moritz Schmidt hervorgehoben hat. Eine geschwollene Mediastinal- oder Cervicaldrüse kann durch Druck solch' eine Lähmung hervorrufen. Ich betrachte eine hysterische Posticusparalyse als sehr unwahrscheinlich, weil der Posticus einen echten Athmungsmuskel bildet, welcher automatisch die Stimmritze für die Respiration offen hält, und seine Hauptinnervation nicht, wie die Phonationsmuskeln, von der Hirnrinde, sondern von der Oblongata erhält. Kommen bei der Hysterie auch Lähmungen des Zwerchfells und der Intercostalmuskeln zur Beobachtung?

Prof. Pel: Bei der Hysterie können alle nervösen Störungen, Atrophien, Ernährungsstörungen und Entartungsreaction vorkommen. Warum sollte der Posticus eine Ausnahme machen?

Dr. Zwaardemaker: Als Beispiel einer hysterischen Lähmung eines automatischen Muskels erwähne ich die Ischurie.

B. Posticusparalyse bei Tabes.

Als der 57jährige Pat. sich in Behandlung stellte, war keine andere Abweichung aufzufinden, als eine doppelseitige Posticusparalyse. Weil aber früher vorübergehende Abducenslähmungen beobachtet worden waren, habe ich die Diagnose Tabes gestellt, welche durch den weiteren Verlauf durchaus bestätigt ist. Die Posticusparalysen sind geblieben; erst ist rechts, später links der Kniereflex erloschen. An den Zehen haben sich trophische Störungen entwickelt; jetzt wird der Gang unsicher und es stellen sich Schmerzen in der Hüftgelenksgegend ein.

Dr. Burger: Ich habe den Pat. gekannt', bevor er in die Klinik aufgenommen wurde. Die Kniereflexe waren damals noch unvermindert. Laryngologisch war die Posticusparalyse interessant, weil links eine secundäre Adductorencontractur bestand, welche auf der rechten Seite fehlte.

Prof. Pel: Seitdem hat sich, wie sie sehen, auch das rechte Stimmband der Medianlinie genähert.

IV. Dr. H. Burger (Amsterdam) und Prof. Pel: Ein Fall von luetischen Hirnnervenparalysen.

Dr. Burger: Dieser Pat., Polizeidiener, 23 Jahre alt, wurde am 18. Juni 1893 in die van Haren Noman'sche Klinik wegen primärer und secundärer Lues aufgenommen, mit Quecksilbereinspritzungen behandelt und am 27. Juli symptomlos entlassen. Er wurde am 10. October von Neuem aufgenommen mit Schwindel, unsicherem Gange, rechtsseitiger Taubheit, Doppelbildern, rechtsseitiger Facialis- und Gaumenparalyse. Ich sah ihn zuerst 4. November; der Gang hatte sich etwas gebessert, die Sprache war aber noch offen-nasal; die Speise kam theilweise durch die Nase zurück; die rechte Hälfte des Gaumens war nahezu unbeweglich; also: Parese der rechten Seite des Velum palatinum. Weiter: leichte Parese des rechten N. abducens. Es bestand Nystagmus bei Fixation in jeder abweichenden Richtung. Pupillenreaction normal; keine Einschränkung des Gesichtsfeldes. Nichts Abnormes

Digitized by Google

am Fundus oculi. Der rechte Facialis war in allen seinen Zweigen vollständig gelähmt; keine Entartungsreaction. Die Hörschärfe hatte rechts für Knochen- wie für Luftleitung, für hohe und niedere Töne bedeutend abgenommen. Das Ergebniss des Rinne'schen Versuchs war rechts und links positiv; beim Weber'schen Versuch keine Cateralisation; Trommelfelle und Tubae normal; also Parese des rechten N. acusticus. Weiter: vollständige Paralyse des rechten Crico-aryt.-posticus, Hypästhesie und herabgesetzte Reflexerregbarkeit der Schleimhaut in der rechten Nasenhöhle und vollkommene Anästhesie und Aufhebung der Reflexe in der rechten Hälfte des Rachens und des Kehlkopfes. Keine Abweichung in der Motilität, Sensibilität und Reflexen am Rumpf und an den Extremitäten. Unter Quecksilberbehandlung trat eine derartige Verbesserung ein, dass im Januar 1894 nur noch die Posticus- und Palatumlähmung übrig waren. In dieser Geschichte ist interessant: 1) die äusserst kurze Frist zwischen dem luetischen Primär-Affect und eine Gruppe von Hirnnerven-Paralysen (kaum ein halbes Jahr); — 2) dass unter diesen Lähmungen diejenige des Posticus (und des Gaumens) am hartnäckigsten war; — 3) dass bei einer Gruppe von rechtsseitigen Paralysen auch eine rechtsseitige Hemianästhesie des Kehlkopfes bestand, eine Thatsache, welche mit der von Vielen angenommenen doppelseitigen und gekreuzten, sensiblen Larynx-Innervation unvereinbar ist; — 4) dass, in Anbetracht der noch ungelösten Controverse bezüglich der Gaumen-Innervation, die Facialis-Paralyse vollständig heilte, der Gaumen dagegen mit dem Posticus gelähmt blieb, so dass auch hier für die Innervation des Gaumens nicht der Facialis, sondern vielmehr der Vago-Accessorius verantwortlich gemacht werden muss.

Die Geschichte ist hiermit aber nicht abgeschlossen. Der Kranke bekam einen Rückfall. Im Februar stellten sich von Neuem Paralysen des Acusticus und des Facialis ein. Im ganzen rechten Facialis-Gebiet wurde am 21. April von Herrn Dr. Wertheim Salomonson eine complette Entartungs-Reaction nachgewiesen. Palatum und Posticus waren immer noch gelähmt. Jetzt waren die Kniereflexe herabgesetzt. In dieser Zeit entstand plötzlich eine Gruppe von neuen Symptomen, wegen welcher Pat. in die Pel'sche Klinik aufgenommen wurde.

Prof. Pel: Pat. wurde in somnolentem, dementem Zustand aufgenommen. Wir constatirten: rechts: Nerventaubheit, vollständige Facialisparalyse mit completter Entartungsreaction, Abducensparese, Paralyse der Gaumenbögen, des Rachens und des M. Crico-aryt.-posticus mit verminderter Sensibilität und erloschenen Reflexen. Geschmacksstörung, Parästhesie und Hyperästhesie im Gesicht; und links: Parese der beiden Extremitäten. Keine Stauungspapille, innere Organe gesund. Es waren also nicht weniger als 6 Hirnnerven befallen: Acusticus, Facialis, Abducens, Vago-Accessorius, Glosso-Pharyngeus, Trigeminus; dazu auf der linken Seite eine Hemiparese der Extremitäten. Wir hatten es also mit einer Hemiplegia alternans zu thun. Dennoch glaubte ich einen Tumor der Pons Varoli (Gumma) ausschliessen zu können: 1) weil die Lähmung der Hirnnerven und diejenige der Extremitäten nicht zu gleicher Zeit aufgetreten waren; 2) weil die Hemiparese vermuthlich eine corticale war (nachdem Parästhesie und Krämpfe im 4. Finger sich gezeigt,

Digitized by Google

war zuerst der Arm und 36 Stunden später das Bein paretisch geworden); 3) weil so viele Hirnnerven afficirt waren. Die Hemiparese glaube ich von einer Endarteriitis obliterans arteriae fossae Sylvii dextrae, die Hirnnerven-Lähmungen von einem Leiden der Basis cerebri (Meningitis gummosa, Periostitis) abhängig stellen zu müssen. Das gleichzeitige Bestehen von basaler und Gefäss-Syphilis ist gar nicht selten.

Pat. wurde mit J.-K. und Schmiercur behandelt. Sie sehen ihn jetzt beinahe geheilt. Keine subjective Klagen mehr. Die Hemiparese ist verschwunden; nur noch sind der Gaumen und der Posticus paretisch. Auch der Facialis ist noch gelähmt, offenbar in Folge von descendirender Neuritis. Die Gaumenparese ist meiner Ansicht nach nicht vom Facialis, sondern vom R. int. Accessorii abhängig. Ich glaube, dass der Vago-Accessorius stets der motorische Nerv der Gaumenbögen ist.

In der Prognose der Hirn-Syphilis bin ich vollständigen Lähmungen gegenüber immer sehr reservirt; dagegen sieht man gewöhnlich die Parese bei richtiger Behandlung zurückgehen. Wie Herr Burger bemerkte, ist dieser Fall ein Beispiel dafür, wie kurz nach der Infection schwere und immer recidivirende Hirn-Syphilis auftreten kann, auch wenn vom Anfang an eine zweckmässige Behandlung stattgefunden hat, und keine besondere Accidenten (Traumata am Kopf, Alcoholismus u. s. w.) im Spiele sind. Merkwürdigerweise wird Syphilis des centralen Nervensystems am meisten nach den leichteren Formen von primärer und secundärer Syphilis beobachtet.

V. Dr. H. Burger: Vier Fälle von Larynx-Lupus.

In zwei von den vier Fällen, welche ich Ihnen vorstelle, ist der Lupus ein sog. primärer, d. h. dass nie an anderen Körperstellen sich lupöse Affectionen gezeigt haben. Der erste Pat., ein Knabe von 15 J., leidet seit Weihnachten v. J. an Dysphonie, welche allmählig zur vollständigen Aphonie geworden ist. Ich sah ihn am 6. März 1894 und fand bei dem stridorösen und aphonischen, sonst aber gesunden Knaben am Kehlkopf einen gewaltigen Destructions- und Granulationsprocess. Der freie Theil des Kehldeckels fehlte gänzlich; die Zungenbasis ging unmittelbar in den ulcerösen, üppig granulirenden Wundrand des Kehldeckels über. Dieser Durchschnitt war fingerdick und setzte sich rechts und links nach hinten in die gleichfalls fingerdicken ary-epiglottischen Falten fort. Die ganze Oberfläche war granulirend, dunkelroth und sah wie Himbeeren aus. Der Larynx-Eingang stellte eine kaum zwei Mm. breite Spalte dar; vom Kehlkopf-Inneren war nichts zu sehen. Ich habe dem Knaben, dank der Güte des Herrn Prof. van Haren Noman, der ihn in seine Klinik aufnahm, seit dem 16. April, also während neun Wochen, täglich unverdünnte Milchsäure aufgepinselt und ein äusserst überraschendes Resultat erhalten. Die Granulationen sind geschwunden; die Schwellung ist zurückgegangen, der Rand des Kehldeckels ist mit schöner, glatter Schleimhaut bekleidet; das Larynxinnere ist zum Vorschein gekommen und es hat mich sehr überrascht, dasselbe vollkommen gesund zu finden. Die Aphonie ist offenbar die Folge von Schwellung der Interarytänoidgegend gewesen. Jetzt noch wird bei der Phonation die Glottis cartilaginea nicht vollkommen geschlossen. Die Stimme ist kräftig, nur ein wenig rauh. Pat. ist so gut wie geheilt.

Die 2. Pat., ein 28jähriges Fräulein, deren Vater an Kehlkopf-

Digitized by Google

phthise gestorben, wird seit dem Winter von Kopfschmerzen und von leichtem Schluckschmerz, welcher mitunter nach dem linken Ohre ausstrahlt, geplagt. Bisweilen entsteht beim Sprechen eine leichte Dyspnoe. Das Spiegelbild sieht dem zuerst beschriebenen sehr ähnlich; auch hier sah man anfänglich nur himbeerartige, rothe, üppige Granulationen. Hier ward aber das ganze Bild von der granulirenden Vorderseite der Epiglottis eingenommen. Kein Secret. Keine sichtbaren Ulcerationen. Seit dem 17. Mai habe ich jede Woche den Kehlkopf galvanocaustisch behandelt und täglich reine Milchsäure eingerieben. Indem ich mit dem Galvanocauter jedesmal ein weiteres Stückchen tractirte, habe ich zuerst die Epiglottis von Granulationen befreit; die vordere Fläche zeigt sich jetzt glatt, sammetartig; der Rand ist frei geworden und nur unbedeutend destruirt. Darauf habe ich die Cauterisationen längs der linken aryepiglottischen Falte und in der linken Arytänoidgegend fortgesetzt. Zieht man nun mittelst der Sonde die Epiglottis nach vorn, dann sehen Sie, dass die linke Hälfte des Kehlkopfeinganges, welche die am meisten infiltrirte gewesen, jetzt bedeutend dünner ist, als die rechte. Auch finden sie das Larynx-Innere intact. Auf Grund von den bisherigen Resultaten und von der nahezu vollständigen Heilung des ersteren Pat. muss ich nachdrücklich für eine consequent durchgeführte, topische Behandlung von Larynx-Lupus mich erklären.

Bei dieser 3. Patientin hat der Lupus vor 8 Jahren im Kehlkopf debütirt: Heiserkeit, Schlingstörungen; dann hat er den Gaumen, schliesslich die Nase ergriffen. Pat., 24 Jahre alt, kam im October 1893 in meine Behandlung mit einem nicht ganz geheilten Nasenlupus, ausgedehnte lupöse Knötchen und stecknadelkopfgrosse Geschwüre am Zahnfleisch des Oberkiefers und am harten Gaumen; im Larynx lupöse Granulationen am Epiglottis-Rand und breite Infiltrate in den lateralen Kehlkopfflächen. Den Mund habe ich zahlreiche Male galvanisch und mit Milchsäure cauterisirt, mit ziemlich negativem Erfolg; dann habe ich mit concentrirter Chromsäure-Lösung eine ausgiebige Besserung erhalten. Ich kann daher die Chromsäure, welche ich bei den verschiedenartigsten ulcerösen Processen der Mundschleimhaut als das beste Causticum habe schätzen gelernt, auch für die Behandlung von Mund-Lupus bestens empfehlen. Die Infiltrate im Larynx, welche ich nicht örtlich behandelt habe, haben zugenommen.

Meine 4. Patientin, dieses 30jährige Fräulein, hat an verschiedenen Körperstellen Lupus gehabt. Als sie am 26. März 1893 in meine Behandlung kam, war, mit Ausnahme der Nase und des Kehlkopfes, Alles geheilt. Die tuberöse Affection auf der vorderen Hälfte der unteren und mittleren Nasenmuscheln habe ich mittelst Chromsäure geheilt. Auf dem angefressenen Rand der Epiglottis hatte sie zahlreiche Lupusknötchen und im Larynx eine Infiltration „en masse“ der beiden Seitenflächen und des unteren Theiles der Epiglottis. Auch die Commissur war ergriffen. In Folge dessen starke Dysphonie. Wiederholte Galvanocauterisationen wurden jedesmal von einer erheblichen Zurückbildung der Infiltrate gefolgt. Bei dieser Form des Lupus, welche die letzten zwei Patientinnen zeigen, ist es äusserst schwer zu bestimmen, wann der Process wirklich geheilt ist. Diese indolenten, lupösen Infiltrate an der inneren Larynxfläche haben eine normale Farbe; sie sind nur etwas

Digitized by Google

matter, unebener, trockener, als die gesunde Schleimhaut. Sie ertragen den Galvanocauter ausgezeichnet. Es scheint mir empfehlenswerth, in solchen Fällen die Galvanocaustik mit täglicher Anwendung von Milchsäure zu verbinden, und letztere Behandlung, nach einer scheinbaren Genesung, noch viele Wochen lang fortzusetzen.

Bei allen diesen Patienten sind die subjectiven Symptome unbedeutend oder ganz abwesend, der allgemeine Zustand ausgezeichnet; der Verlauf ein äusserst langsamer; die Stimmbänder intact und Secrete nie vorhanden.

(Schluss folgt.)

Zu meinem Berichte über die Sitzungen der Section Ohrenheilkunde der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Von

Dr. **B. Gomperz.**

Obwohl auch die Discussionen nach den von den betreffenden Rednern abgegebenen Manuscripten wiedergegeben wurden, haben die Herren Reinhard und Scheibe eine Erweiterung dieser eigenen Bemerkungen in Form von Berichtigungen gewünscht, denen hiermit gerne Raum gegeben wird.

Dieselben beziehen sich auf die Discussion über meinen Vortrag: „Ueber die Erfolge der conservativen Behandlungsmethode bei den chronischen Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes.“ College Reinhard macht mich aufmerksam, dass der Sinn, der mit dem Satze (M. f. O. No. 11, p. 373): Auf den Attic beschränkte Eiterungen würden auch an der Schwartze'schen Klinik conservativ behandelt“ wiedergegebenen Bemerkung folgendermaassen richtig laute: „Nicht alle Fälle von Atticuseiterung sollen von vornherein operativ behandelt werden; auch er hat in Halle Fälle gesehen, bei denen die Eiterung durch Ausspülungen mit dem Paukenröhrchen zur Heilung kam; solche Fälle sind aber selten; in der weitaus grösseren Zahl der Fälle von Atticuseiterung besteht ein Mitergriffensein des Antrums durch Caries und durch Cholesteatom, welche schon wegen der damit verbundenen Lebensgefahr nur durch operative Therapie zu behandeln sind.“

Scheibe wünscht den Sinn seiner (ebenfalls p. 373) kurz skizzirten Discussion in folgender Weise richtiggestellt zu wissen:

„Scheibe hat ca. 60 Fälle von chronischer Mittelohreiterung mit Cholesteatombildung in den oberen Mittelohrräumen behandelt und in ca. 50 pCt. durch blosse conservative Behandlung Heilung erzielt. Bei Vorhandensein dringender Symptome, wie Periostitis u. s. w., sowie ausserdem in denjenigen Fällen, bei welchen der Foetor unter fortgesetzter conservativer Behandlung nicht verschwindet, ist er für dauernde breite Freilegung der oberen Mittelohrräume. U s. w.

„Ferner betont er, dass eine Vergleichung der Resultate der conservativen mit denen der operativen Methode (Extraction der Gehörknöchelchen) nur dann berechtigt ist, wenn man dabei von ein und der-

Digitized by Google

selben Krankheit ausgeht. Die Injection und Insufflation mit dem Paukenröhrchen wird nur bei Cholesteatom der oberen Mittelohrräume, die Extraction der Gehörknöchelchen dagegen auch bei anderen Mittelohreiterungen ausgeführt."

Herr Prof. Gruber berichtigt, dass er nicht, wie es p. 363, 13 heisst, seitens Prof. Politzer's Widerspruch fand, sondern dass Prof. Politzer erwähnte, dass in einem solchen Falle ein bestimmter Grad von Hörvermögen immerhin möglich sei.

Herr Prof. Politzer wünscht die in der Discussion über die Demonstration seiner Präparate, betreffend die primäre Erkrankung der Labyrinthkapsel, von Herrn Habermann gemachte Bemerkung dahin richtig zu stellen, dass Herr Prof. Habermann in der Discussion nicht erwähnt hat, dass er der Ansicht des Vortragenden über die Erklärung der Befunde nicht beistimme; wäre dies geschehen, so hätte Prof. Politzer gegenüber Prof. Habermann in der Discussion in dieser Frage Stellung genommen.

II. Referate.

a) Otologische:

Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte. Nürnberg 1893. (Sonderabdruck.)

Herr Scheibe (München) hält seine angekündigten Demonstrationen:

a) Fibrom des Gehörganges: Ziemlich harte, keulenförmige, wallnussgrosse am Gehörgangseingang, theilweise der inneren Tragusfläche schmal aufsitzende, abgesehen von einigen Drüsenmündungen und Krypten glatte Geschwulst, seit 6 Jahren an einem 56jährigen Manne zur Entwickelung gelangt. Histologische Structur: Bindegewebe, reichliche, z. Th. grosse Talgdrüsen und Haare mit Haarbälgen und Bekleidung durch verhornende Epidermisschicht ohne Wucherung des Papillarkörpers, also kein Papillom. Schmale Krypten erstrecken sich ziemlich tief von der Oberfläche in die Geschwulst hinein, darin Reteschicht und Papillarkörper stark gewuchert, zahlreiche Talgdrüsen und Haare. Seit der Abtragung sind 7 Jahre ohne Recidiv verstrichen.

b) Osteosarcom des Gehörganges: Ein 17jähriger Mann trug eine mit dünnem knöchernen Stiel der vorderen oberen Gehörgangswand aufsitzende Geschwulst, die ausser Schwerhörigkeit keine Symptome verursachte. Das übrige Ohr war normal. Der knöcherne Stiel der ziemlich harten, etwas gelappten, roth und weisslich gefleckten Geschwulst war sehr dünn und wurde von einer kurzen knöchernen Röhre mit engem mittelständigen Markraume gebildet. Oberhalb des Stieles treten die Knochenwände becherförmig auseinander und tragen an der Innenseite Knochenbalken, die allseitig von Spindelzellensarcommasse umgeben sind. Nur an der Peripherie ist stellenweise entzündliche Infiltration, wahrscheinlich in Folge äusserer Läsion, wahrnehmbar. Die Bekleidung der Geschwulst liefert eine verhornende Epidermisschicht, am Knochenstiele findet sich unter ihr noch eine Lage Bindegewebe. In den 4 Jahren seit der Abtragung mit der kalten Schlinge keine Recidive.

Digitized by Google

c) Zwei Fälle von behaarter Granulationsgeschwulst im Mittelohre. 41jähriger, seit Kindheit an chronischer Otorrhoe mit Cholesteatombildung leidender Patient, bei dem 5mal Geschwülste entfernt wurden. Jetzt besteht eine kleinbohnengrosse, weiche, von anscheinend unregelmässiger Epidermis überzogene Geschwulst, deren Stiel im Aditus ad antrum zu liegen scheint. Das Grundgewebe war Granulationsgewebe, darin dicke und dünne, unzweifelhaft in der Geschwulst gewachsene Haare, veränderte Haarbälge, sicher durch Stachelzellen charakterisirt und veränderte Talgdrüsen.

Nach 3 Jahren erschien derselbe Patient wieder mit einer, diesmal vom unteren Theil des Promontorium ausgehenden, gestielten und behaarten Geschwulst. Der von Weidner beschriebene ähnliche Tumor betrifft überraschender Weise denselben Patienten und war 9 Jahre früher abgetragen worden. Die Geschwulst zeigt also anhaltende Recidivfähigkeit. — Einen zweiten Fall von behaarter Geschwulst entdeckte Sch. bei der Untersuchung alter Ohrpolypen. Beiden Fällen gemeinsam ist, dass der Tumor auf dem Boden eines Cholesteatoms entstanden ist.

d) Ein histologisch untersuchter Fall von Sclerose: Es werden Schnitte von 2 Fällen von Sclerose und nervöser Schwerhörigkeit vorgelegt, welche auch im Leben untersucht und in Frankfurt von Prof. Bezold besprochen wurden. Auf Grundlage der Sclerose fand sich auf die Umgebung des ovalen Fensters beschränkte Knochengewebs-Neubildung, durch welche der Steigbügel in grosser Ausdehnung mit dem Pelvis ovalis knöchern verwachsen ist. Sie besteht theils aus spongiöser, theils aus osteoider Substanz und setzt sich einfach an Stelle des normalen compacten Knochens. Nur nach der Paukenhöhle zu, fast gar nicht nach dem Labyrinth zu, ist es auch in die umgebenden Hohlräume gewuchert. Das Periost ist nur in der Nische zum ovalen Fenster verdickt und hat zu einer Verwachsung auch der Steigbügelschenkel geführt, im übrigen Mittelohr dagegen weist weder die oberflächliche noch die tiefe Lage der Schleimhaut als Sclerose zu deutende Veränderungen auf. An den nicht verwachsenen Stellen der Steigbügel-Vestibularsymphyse zeigt wenigstens der Knorpelbelag Veränderungen oder er fehlt auch ganz.

Die sclerotischen Veränderungen der Mittelohrschleimhaut hält Sch. nur für hypothetische Annahme, ebenso wie die Entstehung von der Tuba aus, denn man sieht das Tubenostium und oft das Trommelfell typisch normal. Die seltenere Form von chronischem trockenen Mittelohrcatarrh mit eingezogenem Trommelfell zählt Sch. nicht zur Sclerose.

Dr. Hitschmann.

Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Mittelohraffectionen. Von Dr. J. Müller. (Wiener med. Presse, No. 9 u. 10, 1894.)

Verf. behandelt hauptsächlich jenen Vertigo, der bei Mittelohraffectionen auftritt, wobei eine gesteigerte Irritabilität des Labyrinthes ohne irgend welche nachweisbare Läsion des inneren Ohres vorhanden ist. Er hatte Gelegenheit, wiederholt am Menschen experimentell den Nachweis führen zu können, dass man in gewissen Fällen vom ovalen Fenster aus willkürlich Schwindel auslösen und diesen willkürlich coupiren könne, trotzdem hierbei keinerlei Anzeichen einer Labyrinthaffection

Digitized by Google

wahrnehmbar war und die scrupulöseste Untersuchung vielmehr zu der Annahme drängte, dass es sich in all' diesen Fällen mit Vertigo um reine Mittelohraffectionen handelte. In einem der mitgetheilten Fälle wurde der Schwindel durch Druck auf die noch vorhandene Steigbügelplatte ausgelöst und durch Luftverdünnung im äusseren Gehörgange stets coupirt.

Coordinationsstörungen kommen bei einer Reihe verschiedenartigster Affectionen des Ohres vor. So hat Verf. dieses Symptom in folgenden Fällen beobachtet:

I. Bei Labyrinthaffectionen (von diesen sieht Verf. ab).

II. Bei Mittelohraffectionen mit erhöhter Irritabilität des Labyrinths und zwar:

A. Durch entzündliche Reizung, ohne dass eine Affection der acustischen Labyrinthpartie nachweisbar wäre.

B. Durch Druck.

Die hier in Betracht kommenden Mittelohraffectionen können sein:

a) hoch bestehende Eiterungen
   1. mit Perforation des Trommelfells,
   2. mit Choleostatomen,
   3. mit Polypen.

b) Adhäsivprocesse, und zwar:
   1. als Folge von Eiterung,
   2. als Folge von Catarrh,
   3. als Folge von Sclerose.

Es werden hierauf einige Fälle mitgetheilt, bei denen durch operative Behandlung der gesteigerte Labyrinthdruck behoben wurde, bei denen ohne prompte Ohruntersuchung sehr leicht Labyrintherkrankung hätte angenommen werden können. Lichtenberg.

Ueber den Werth methodischer Hörübungen für Taubstumme und für Fälle von nervöser Taubheit im Allgemeinen. Von Prof. Dr. Victor Urbantschitsch. (Wien. klin. Wochenschr., No. 19 u. 20, 1894.)

Verf. veröffentlicht abermals eine Serie von taubstummen Kindern, die mittelst methodischer Hörübungen behandelt und gebessert wurden. Hieran knüpft Verf. einige bemerkenswerthe Lehren, wie solche Uebungen am erfolgreichsten ausgeführt werden können. Lichtenberg.

b) Rhinologische:

Athembeschlag als Hilfsmittel zur Diagnose der nasalen Stenose. Von Dr. H. Zwaardemaker in Utrecht, übersetzt von Dr. C. Reuter in Bad Ems. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Ein unter die Nase gehaltener kalter Spiegel wird sich durch die Ausathmungsluft beschlagen. Es zeigen sich bei normaler und regelmässig gebauter Nasenhöhle zwei ganz symmetrische und beim Verschwinden symmetrisch bleibende Athemflecken. Von der Gestalt derselben, ihrer Asymmetrie, ihrem theilweisen oder gänzlichen Fehlen, kann man auf ein- oder doppelseitige Verengerungen, Deviationen, Stenosen etc. der einen oder anderen Nasenseite schliessen. Ferner sind die Athemflecken auch zur Beurtheilung und Demonstration von nasaler

Digitized by Google

Sprache bei Gaumenlähmung und zur Bestimmung des Grades derselben verwendbar, so dass man durch sie auch die Verbesserungen zu beurtheilen vermag, welche Therapie und Sprechübung in dem mangelhaften Gaumenabschluss zu Wege bringen. Beschorner.

Nasenpolypen.

In der Medical society of London zeigte Spencer Watson (Lancet, 17. XI, 1894) zwei untere Nasenmuscheln von einem 62jährigen Manne, die am vorderen Ende polypoide Massen trugen; auch sonst fanden sich Polypen in der betreffenden Nase. (Man wird wohl kaum fehl gehen, wenn man diesen Fall unter die papillären Hypertrophien der unteren Muscheln rechnet. Ref.) M. Schm.

Ueber maligne Transformation gutartiger Geschwülste der Highmorshöhle. Von Dr. E. Fink in Hamburg. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Die Umwandlung einer gutartigen Neubildung in eine bösartige auch in der Nase ist sichergestellt, wenn auch derartige Fälle sehr selten sind. Dass eine gutartige Neubildung der Highmorshöhle sich zu einer bösartigen und heterogenen umgewandelt hätte, ist, nach F., ein in der Literatur wohl noch nicht niedergelegtes Ereigniss. F. erzählt einen solchen Fall: Ein 33 Jahre alter Kaufmann, der ihn im Jahre 1889 consultirte, und zwar wegen Nasenverstopfung, hatte seit seinem 12. Lebensjahre continuirlich an Nasenpolypen gelitten und war von zahlreichen geschickten Operateuren behandelt und operirt worden. 1879 stellte Esmarch bereits die Diagnose auf polypöse Geschwulstmassen der Highmorshöhle und betonte die Nothwendigkeit breiter Blosslegung dieses Raumes. Bei der Untersuchung durch F. zeigte sich die rechte Nasenhöhle des Nasenrachenraums mit Schleimpolypen erfüllt. Dieselben wurden zunächst und in den nächsten Jahren mit kalter und glühender Schlinge nach Möglichkeit entfernt, recidivirten aber immer wieder, so dass, da der ganze weitere Krankheitsverlauf für ein Empyem der Highmorshöhle sprach, October 1892 die breite Eröffnung derselben vorgenommen wurde. Die Höhle enthielt, wie schon vorher diagnosticirt war, weiche Geschwulstmassen, und zwar nach microscopischer Untersuchung gewöhnliche Schleimpolypen. 14 Tage darauf wurde wegen Fortdauer der Beschwerden und wegen Knochenanschwellung am Proc. zygomaticus von Schede die Radicaloperation vorgenommen, wobei sich die Höhle nunmehr mit typischem Carcinom ausgefüllt erwies. 6 Wochen darauf starb der Kranke unter den Zeichen der Herzparalyse. Dass es sich in dem vorliegenden Falle sicherlich mehr als ein Jahrzehnt lang um die Existenz einer gutartigen Neubildung in der Kieferhöhle gehandelt hatte, konnte bei Zusammenfassung aller in Frage kommenden Momente als zweifellos angenommen werden. Wäre, meint F., die Highmorshöhle rechtzeitig eröffnet und örtlich behandelt worden, so hätte man wohl die häufige Recidivirung der Nasenpolypen verhindern können und würde es dann wohl auch nicht zu der malignen Transformation der Sinusgeschwulst und zu dem funesten Ausgange der Krankheit gekommen sein. Beschorner.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Geschwüre am unteren Pharynxtheil bei einem mit Pyloruscarcinom behafteten Kranken. (Ulcération de la portion laryngienne du pharynx chez un individu atteint de cancer du pylore.) Von Dr. Bigeard. (Bulletin de la société anatomique de Paris 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Das Geschwür ist insofern interessant, als man es während des Lebens nicht erkannt hat; es bestand weder Dysphagie, noch Schmerz, noch Ganglienschwellung, noch sonstige Geschwulst. Dr. P. K.

Antipyrin als Anästheticum des Pharynx und Larynx. (L'antipyrine comme anesthésique local du pharynx et du larynx.) Von Dr. J. Neumann. (Pest. med. chir. Presse No. 3, 1893 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Bringt Anfangs Brennen hervor und dann Analgesie, welche länger als bei Cocain dauert. Verf. hat besonders bei Larynxphthise experimentirt. Das Medicament ist nicht gefährlich und der Kranke gewöhnt sich nicht daran, wie dies beim Cocain der Fall ist. Dr. P. K.

Lipom der Mandel. (Lipome de la loge amygdalienne.) Von Dr. C. Biaggi. (Giornale dello Instituto Nicolai No. 1, 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Grosser Mandeltumor mit normaler Mucosa bei einem 61jährigen Manne; in dem Winkel, welchen der Tumor mit dem Arcus anterior bildet, sammeln sich Speisereste an. Beim Toniren oder bei einer Würgbewegung kommt der hühnereigrosse Tumor in den Mund, um bei der nächsten Schluckbewegung wieder zu verschwinden; indolent, elastisch weich; keine Ganglienschwellung. Abtragen mittelst der kalten Schlinge. Das Microscop ergiebt Lipom. Dr. P. K.

Syphilitischer Mandelschanker. (Chancre syphilitique de l'amygdale.) Von Dr. Gaure. (Union medic. du Nord-Est. Februar 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Als Diphtheritiskranker in's Spital gebracht. Das Rauchen aus Jedermanns Pfeifen wurde als Ursache nachgewiesen. Plaques muqueuses an den Lippen. Heilung. Dr. P. K.

Die Musculi hyoepiglottici. (Les muscules hyoépiglottiques.) Von Dr. John Macintyre. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Verf. beschreibt vier sehr kleine Muskeln, welche wegen ihrer Kleinheit bis jetzt übersehen worden sind und wovon nur zwei von Luschka und Chauveau bei den Mammiferen sich beschrieben finden. Diese vier Muskeln setzen sich, die zwei äusseren an die grossen Zungenbeinhörner, die zwei inneren an die hintere Fläche des Zungenbeinkörpers einerseits, andererseits an die vordere Fläche der Basis der Epiglottis. Sie ziehen die Wurzel der Epiglottis nach vorn und oben, wirken also antagonistisch gegen die vier Herabzieher der Epiglottis, welche die Autoren beschreiben. Dr. P. K.

Digitized by Google

Eröffnung der retropharyngealen Abscesse. (Ouverture des abcès chauds rétropharyngiens.) Von Dr. Branthomme. (Semaine médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Dieselbe soll immer durch den Mund in der Medianlinie, nie seitlich gemacht werden, nach dem Princip von Labric. Der äussere Hautschnitt ist ausnahmsweise nur bei Senkungen mit Oedem und tiefer Fluctuation auszuführen. Dr. P. K.

Diphtherie, Masern complicirend, mit Antitoxin behandelt. (Diphtheria complicating measles treated with antitoxin.) Von A. Mac Gregor, M. D. Aberdeen. (Lancet, 24. Nov. 1894.)

25jähr. Frau erkrankt an Masern, am 8. Tage Diphtherie unter Fieber, am 10. Tage fand Verf. Bacillen; Injection von Antitoxin, am folgenden Tage Wiederholung der Einspritzung. Das Fieber ging erst am 12. Tage herunter, die Membranen waren schon am 11. Tage besser. Ein ganz deutlicher Beweis für die Wirksamkeit des Mittels scheint dem Ref. nicht beigebracht, freilich war auch zu spät eingespritzt worden. M. Schm.

Ein Besuch in Paris, um die practische Behandlung der Diphtherie mit Antitoxin-Serum kennen zu lernen. (A visit to Paris to inquire into the practical treatment of Diphtheria with Antitoxin-Serum.) Von John A. Turner M. B, Leicester und Rutland. (Lancet. 17. XI, 1894.)

Verf. beschreibt zunächst die Darstellung des Antitoxins in dem Pasteur'schen Institute, die von der Behring'schen nicht abweicht und berichtet dann über Fälle, die er Gelegenheit hatte, zu beobachten.

Er bespricht die in Paris übliche Entnahme von Membranen oder Secret zum Zweck der bacteriologischen Diagnose, sowie die Züchtung in Proberöhren und die augenblickliche Diagnose mittelst Deckglaspräparaten. Er erwähnt, dass das Antitoxin absolut unschädlich sei, so dass man es getrost zur Immunisirung noch nicht erkrankter Kinder verwenden könne. Er bedauert, dass das Mittel in England der Privatpraxis überlassen werde, dass dort die Regierung wissenschaftliche Untersuchungen nicht genügend unterstütze. In Bezug auf die Hospitalbehandlung wünscht er, dass alle Fälle von reiner Diphtherie in einem Saale behandelt werden sollten, dass alle die, bei welchen ausser dem Diphtheriebacillus auch noch andere Microorganismen gefunden würden, in einen zweiten Saal, alle Fälle von Croup, welche tracheotomirt worden seien, in einen dritten und alle Croupfälle mit anderen associirten Bacillen in einen vierten Saal gelegt werden sollten. Die Behandlung mit Antitoxin sei nach dem, was er in Paris gesehen, allen anderen Behandlungen der Krankheit bei Weitem überlegen. In einigen Fällen sei ihm die Wirkung geradezu zauberhaft vorgekommen; Tod sei nur durch Herzparalyse oder Nierenerkrankungen eingetreten, oder bei sich in die Länge ziehenden Fällen an Lungencomplicationen oder Pneumonie. Er giebt dann noch eine Statistik über die bis dahin veröffentlichten 1081 in Deutschland und Paris mit Antitoxin behandelten Fälle; von denselben seien 24 pCt. gestorben. M. Schm.

Digitized by Google

Morbus Basedowi.

In der Clinical society of London (Lancet, 17. XI, 1894) zeigte Scanes Spicer einen Fall von unvollständigem Morbus Gravesi (Basedowi). Die Erscheinungen bestanden in Schwellung und Pulsation der Schilddrüse, einem Puls von 140 und Tremor der Arme. Die Patientin war neurotisch. Nachdem Vorzeiger eine grosse Anzahl von Nasenpolypen entfernt hatte und namentlich, nachdem er einige zurückgebliebene weggenommen, besserte sich das Befinden der Kranken wesentlich. Beide Zustände waren gleichzeitig entdeckt worden. Er erwähnt dies, weil Semon der Gesellschaft 5 Jahre vorher einen Kranken vorgestellt hatte, bei welchem die Graves'sche Krankheit anscheinend eine Folge von Nasenoperationen gewesen war. Verf. glaubt an einen Zusammenhang der beiden Zustände, und nicht, dass es ein Zufall gewesen. In der Discussion erwähnte Stoker einen Fall, bei dem nach einer Aetzung einer hypertrophischen Schleimhautstelle in der Nase die geschwollene Schilddrüse sofort anfing, abzuschwellen. (Auch in Deutschland sind bekanntlich ähnliche Beobachtungen von Hack, B. Fränkel und dem Ref. gemacht worden.) M. Schm.

Angina infectiosa. (Un cas d'angine infectieuse.) Von Dr. Périgord. (Le Limousin médical, August 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Ein 19jähriges Mädchen bekam eine linksseitige phlegmonöse Amygdalitis; grosse Besserung nach Eröffnung des Abscesses. Zwei Tage später Meningitis purulenta mit lethalem Ausgang, vom Mandelabscess jedenfalls ausgehend. Dr. P. K.

Ueber eine parasitäre Angina, durch einen Hefepilz hervorgebracht, klinisch mit dem Soor übereinstimmend. (Sur une angine parasitaire causée par une levure et cliniquement semblable au muguet.) Von Dr. E. Troisier und Dr. P. Achalme. (Archives de méd. expérimentale et d'anatomie pathol.. Januar 1893 und Annales des maladies d'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Ein 35jähriger Mann hat geröthete und geschwellte Mandeln; nach drei Wochen sind Dysphagie und Brenngefühl im Halse; die Uvula, die Gaumenbögen, die Mandeln, der Pharynx sind von einem weisslichen, dicken, weichen, zähen Belag bedeckt, unter welchem Belag die Mucosa geröthet ist. Borlösung half nach sechs Tagen. Klinisch war also das Bild eines primären Soors des Halses vorhanden. Die microscopische Untersuchung aber ergab eine Menge eiförmiger Gebilde, welche grosse Knospen trugen, ein Zeichen fortwährender reichlicher Wucherung; nirgends fand man Oidium albicans. Diese ovoiden Gebilde deuten auf ein Ferment hin, denn durch Culturen auf alcalischer Peptongelatine bilden sich reichliche Ascosporen. Das Beispiel ist insofern lehrreich, dass das Ferment der Hefe der Industrie gleicht; unter gewissen Verhältnissen kann, obschon selten, ein sonst unschädlicher Microorganismus auf geeignetem Boden pathogen werden und eine wirkliche Krankheit erzeugen.

Gewiss sind solche Anginen häufiger, als man annimmt; sie sehen oft diphtheritischem Exsudat ähnlich; nimmt man diese verschieden-

Digitized by Google

artigen Hefeanginen nebst ihrer Gutartigkeit und ihre klinisch leichte Verwechselung mit anderen bösartigen Anginen in Betracht, so begreift man das periodische, oft gut gemeinte Auftreten der Specifica gegen Diphtheritis, welche Specifica sich bei der ersten Gelegenheit als machtlos beweisen. (Der Referent.) Dr. P. K.

Behandlung von Krankheiten der Athmungswege mittelst grosser Einspritzungen von Medicamenten durch den Kehlkopf. (Treatment of respiratory affections by means of large medicinal injections through the larynx.) Von Colin Campbell, Saddleworth. (Lancet, 1. Dec. 1894.)

In der Royal medical and chirurgical Society theilte Walter Whitehead eine den angeführten Gegenstand behandelnde Arbeit des Verf.'s mit. Derselbe hat über 1000 Einspritzungen mittelst der zuerst von Rosenberg angegebenen Methode gemacht und ist von den Ergebnissen sehr befriedigt. Am besten hat sich ihm eine Mischung von Guajacol und Menthol in destillirtem Glycerin (12 Guajacol, 4 Menthol auf 84 Glycerin) bewährt. In der Discussion wurden von mehreren Collegen weitere gute Ergebnisse mitgetheilt, namentlich bei fötider Bronchitis.

Nach den übereinstimmenden Angaben der Vortragenden scheint sich der Kehlkopf sehr bald an das Durchführen der Spritze zu gewöhnen.

Es wurden jedesmal 10 bis 30 Gramm der Mischung eingespritzt.

M. Schm.

Drüsenepithelkrebs des Kehlkopfs. Von Dr. R. Krieg und Dr. C. Knauss in Stuttgart. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Mittheilung eines genau beobachteten und durch gute Abbildungen in seinen verschiedenen Stadien vortrefflich veranschaulichten Falles, der sich ausser durch die Seltenheit der in Frage kommenden Geschwulst (von den Schleimdrüsen ausgehendes Carcinom), durch deren unverhältnissmässige Gutartigkeit und lange Dauer (bis jetzt $6^1/_6$ Jahr) auszeichnet, während welcher die Neubildung drei Mal exstirpirt wurde, ohne dass sich ihr Anheftungsbezirk bislang wahrnehmbar vergrössert hätte. Auch Krieg weist auf die Nothwendigkeit genauer klinischer und histologischer Untersuchungen womöglich aller zu Beobachtung kommenden Kehlkopfgeschwülste hin und schliesst mit dem Hinweise darauf, dass auch bei vorgerückteren Stadien derselben, wofern ein radicaleres Verfahren verweigert wird, oder sonst unthunlich erscheint, ein energisches endolaryngeales Verfahren im Gegensatz zum Gehenlassen als segensreiche Operation empfohlen werden müsse. Beschorner.

Fremdkörpergefühl im Larynx und Pharynx durch Cocain geheilt. (Sensations de corps étrangers du pharynx et du larynx, supprimées par l'action de la cocaine.) Von Dr. Alfred Martin. (Archiv. internat. de laryngol. No. 2, 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Man soll immer mit einer Cocainbepinselung bei solchen Patienten beginnen; hilft dieses Mittel, so braucht man nicht weiter zu suchen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

† Prof. Dr. J. Gottstein.

Ein allgemein geachteter, tüchtiger Collège, welcher mit unermüdlichem Fleiss und schönem Talente an der wissenschaftlichen und practischen Entwicklung der neueren Ohrenheilkunde und der ihr verwandten Fächer mitarbeitete, Prof. Dr. J. Gottstein, ist uns durch einen frühzeitigen Tod entrissen worden. Er starb am 10. Januar 1895 an Herzlähmung in Folge Arteriosclerose der Coronararterie.

Geboren am 7. November 1832 in Lissa (Provinz Posen), kam er 1852 auf die Universität Breslau, wo ihn besonders Frerich und Middeldorpf mächtig anzogen. Nachdem er als Student eine academische Preisaufgabe („De Bichati vi historica") glücklich gelöst, erfreute er sich schon als junger Doctor in Breslau eines guten Rufes und so entschloss er sich, auch als practischer Arzt daselbst zu verbleiben. Zu Anfang der 60er Jahre begann er sich mit Laryngo- und Otologie zu beschäftigen und habilitirte sich 1872, indem er eine treffliche histologische Arbeit über den feineren Bau der Schnecke, welche er unter Waldeyer's Leitung ausführte, als Habilitationsschrift beibrachte, als Docent an der Breslauer Universität. Gottstein, welcher in seinem Specialfache zumeist Autodidact war, zeigte ein schönes Lehrtalent, und so kam es, dass die Zahl seiner Hörer von Jahr zu Jahr zunahm und ihm als Anerkennung seiner Erfolge 1889 der Titel eines Professors verliehen wurde.

Im Jahre 1867 errichtete er eine Poliklinik, an welcher er unermüdlich thätig war und die sich auch eines solchen Rufes erfreut, dass daselbst in der letzten Zeit nahezu 2000 Kranke jährlich aufgenommen wurden.

Von seinen zahlreichen, in den Fachjournalen zerstreuten Publicationen wollen wir erwähnen: „Klinische und kritische Beiträge zur Ohrenheilkunde" (Arch. f. O., Bd. IV); „Ueber intralaryngeale Löslichkeit von Croupmembranen durch Kalkwasser" (Med. Centralblatt 1867); „Ueber Ozaena und eine einfache Behandlungsmethode derselben" (Berliner klin. Wochenschr. 1878); „Ueber die verschiedenen Formen von Rhinitis und ihre Behandlung durch die Tamponade (Berl. klin. Wochenschr. 1881); „Ueber den Ménière'schen Symptomencomplex" (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. IX); „Ueber Gehöraffectienen im Verlauf der acuten Exantheme" (Arch. f. O. Bd. XVII); „Eine neue Röhrenzange für die Operationen im Kehlkopfe etc." (Berliner klin. Wochenschr. 1883); „Ueber die Abtragung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume" (Berl. klin. Wochenschr. 1886); „Zur Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses" (1890); „Ueber Localbehandlung der Kehlkopftuberculose" (Bresl. ärztl. Zeitschr. XVIII); „Lehrbuch der Kehl-

Digitized by Google

kopfkrankheiten“ (I. Aufl. 1884, II. Aufl. 1888, III. Aufl. 1889, IV. Aufl. 1893).

Bis zu seinem Lebensende zierte den zu früh von uns Geschiedenen eine seltene Schaffensfreudigkeit und gewiss würde er uns bei seiner reichen Erfahrung noch manche schöne Geistesgabe zurückgelassen haben, hätte ihn nicht so frühzeitig der Tod erreicht.

Trauernd standen an seiner Bahre sein Sohn, welcher selbst schon practischer Arzt ist, seine Tochter und deren Gatte, unser trefflicher Specialcollege Dr. Richard Kayser. Mögen diese Trost finden in dem Bewusstsein, dass der Abgang ihres geliebten Vaters von Allen betrauert wird, die ihn kannten, und ganz besonders von Denen, die, so wie wir, sein echt humanes Wesen und seine ernsten wissenschaftlichen Bestrebungen kennen lernten.

Friede seiner Asche. Ehre seinem Andenken!

Jos. Gruber.

Richtigstellung.

In No. 12 vom letzten Jahre soll es S. 396 in dem Aufsatze von Dr. Guranowski statt „Szumlaciski“ heissen „Szumlanski“.

INHALT.

I. Originalien: Shirmunsky: Pilocarpin bei Erkrankungen des Mittelohres und des Labyrinthes. — Thost: Ueber den Infectionsmodus bei Kehlkopftuberculose und einige seltenere Fälle von Kehlkopftuberculose mit günstigem Verlauf. — Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. — Gomperz: Zu meinem Berichte über die Sitzungen der Section Ohrenheilkunde der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. — II. Referate: a) Otologische: Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. — Müller: Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Mittelohraffectionen. — Urbantschitsch: Ueber den Werth methodischer Hörübungen für Taubstumme und für Fälle von nervöser Taubheit im Allgemeinen. — b) Rhinologische: Zwaardemaker: Athembeschlag als Hilfsmittel zur Diagnose der nasalen Stenose. — Watson: Nasenpolypen. — Fink: Ueber maligne Transformation gutartiger Geschwülste der Highmorshöhle. — c) Pharyngo-laryngologische: Bigeard: Geschwüre am unteren Pharynxtheil bei einem mit Pylorus-carcinom behafteten Kranken. — Neumann: Antipyrin als Anästheticum des Pharynx und Larynx. — Biaggi: Lipom der Mandel. — Gaure: Syphilitischer Mandelschanker. — Macintyre: Die Musculi hyoepiglottici. — Branthomme: Eröffnung der retropharyngealen Abscess-e. — Mac Gregor: Diphtherie, Masern complicirend, mit Antitoxin behandelt. — Turner: Ein Besuch in Paris, um die practische Behandlung der Diphtherie mit Antitoxin-Serum kennen zu lernen. — Spicer: Morbus Basedowi. — Périgord: Angina infectiosa. — Troisier und Achalme: Ueber eine parasitäre Angina, durch einen Hefepilz hervorgebracht, klinisch mit dem Soor übereinstimmend. — Campbell: Behandlung von Krankheiten der Athmungswege mittelst grosser Einspritzungen von Medicamenten durch den Kehlkopf. — Krieg und Knauss: Drüsenepithelkrebs des Kehlkopfs. — Martin: Fremdkörpergefühl im Larynx und Pharynx durch Cocain geheilt. — † Prof. Dr. J. Gottstein. — Richtigstellung.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Profes-or u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, März 1895.** **No. 3.**

I. Originalien.

Mittheilungen über den tiefen Hirnabscess bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein, nebst Bericht über einen operativ geheilten Fall von Grosshirnabscess.

Von

Dr. **H Eulenstein**, Frankfurt a. M.

Wenngleich das Krankheitsbild des Gehirnabscesses schon seit den Untersuchungen von Lebert im Jahre 1856 den Aerzten näher bekannt geworden ist, blieb es doch den letzten 8 Jahren vorbehalten, durch die Beobachtungen besonders englischer und deutscher Chirurgen, unsere Kenntniss desselben wesentlich zu fördern, und es ist vor Allen das unbestreitbare Verdienst von Bergmann's, durch seine klassische Bearbeitung dieses Gegenstandes in seinem Buche: „Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten" die erfolgreiche Behandlung einer, ohne operativen Eingriff immer tödtlich endenden Erkrankung auch weiteren chirurgischen Kreisen zugänglich gemacht zu haben. Als man anfing, den Hirnabscess einer eingehenden Beachtung zu würdigen und die Bedeutung der Erkrankung des Ohres resp. Schläfenbeines für die Entstehung einer grossen Anzahl von Hirnabscessen, den sog. otitischen

Digitized by Google

Hirnabscessen, zu erkennen, galt es als feststehend, dass dieser otitische Hirnabscess stets eine chronische Ohr- resp. Schläfenbeineiterung voraussetzte, so dass von Bergmann in der I. Auflage seines erwähnten Werkes sagte: „Die Diagnose hat sich an die Erfahrung von der Chronicität der vorangehenden Eiterung zu halten". Bald jedoch wurden die Fälle von Schmiedt und Gruber bekannt, so dass von Bergmann in der II. Auflage seines Buches die Möglichkeit des Entstehens eines Hirnabscesses nach acuter Ohreiterung feststellen konnte; doch finden sich schon vor diesen Mittheilungen in der Literatur verstreut mehrere einschlägige Fälle und ist ihre Zahl nachher noch weiter gewachsen, so dass ich beim Durchsuchen der Literatur im Ganzen 18 Fälle von otitischem Hirnabscess, die sich im Anschluss an acute Erkrankungen im Schläfenbein entwickelt haben, feststellen konnte; ich werde am Schlusse dieser Betrachtung einen weiteren von mir beobachteten und mit glücklichem Erfolg operirten Fall anfügen.

Ich muss vorausschicken, dass es unter Umständen schwierig ist, einzelne Fälle richtig zu rubriciren, d. h. zu entscheiden, ob dieselbe noch den acuten oder schon den subacuten oder subchronischen zuzuzählen sind; es kann da immer über den einen oder anderen Fall Meinungsverschiedenheiten geben. Ich habe nur die Fälle zusammengestellt, von denen ich annehme, dass sie zweifellos den acuten beizurechnen sind, also Fälle, die im directen Anschluss an die acute Ohr- resp. Schläfenbeinerkrankung entstanden sind, oder die doch wenigstens den Anschluss an eine, wenn auch schon abgelaufene acute Ohrerkrankung noch deutlich erkennen lassen.

Die 18 Fälle sind von folgenden Autoren beschrieben: Ein Fall von Moos (Archiv f. Augen- und Ohrenheilk., Bd. I), einer von Farwick (Arch. f. Ohrenheilk. VI, Seite 113), einer von Guerder (Annales des maladies de l'oreille etc. 1876), einer von Bezold (Arch. f. Ohrenheilk. XXI, S. 36), einer von Schmiedt (Arch. f. klin. Chir. XXXVIII, H. 4), einer von Gruber (Lehrb. d. Ohrenh. 1888, S. 456), einer von Braun (Arch. f. Ohrenh. XXIX, S. 161), einer von Picqué (Annales des mal. de l'oreille etc. 1890, No. 7), einer von Baginsky-Gluck (Berl. klin. Wochenschr. 1891, No. 48), einer von Jansen (Berl. klin. Wochenschr. 1891, No. 49), einer von Ferrier-Horsley (British med. Journ. 1888, Vol. I), einer von E. Hoffmann (Deutsche med. Wochenschrift 1890, No. 48), einer von Grubert (Petersb. med. Wochenschr. 1891, No. 5), einer von Polo (Revue de laryngologie etc. 1892, No. 2), drei von Truckenbrodt (Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1892, S. 212), einer von Joël (Bericht über die dritte Versammlung der deutschen otolog. Gesellschaft in Bonn): Summa — 18 Fälle.

Die Aetiologie der acuten Erkrankung im Schläfenbein war:

2 Mal Masern,
1 Mal Angina,
1 Mal Typhus,
3 Mal Influenza,
1 Mal Eingiessen von Scheidewasser in's Ohr,
1 Mal ein Fremdkörper,
9 Mal war keine Ursache angegeben.

Der Sitz der Abscesse entsprach in allen Fällen der erkrankten

Digitized by Google

Schläfenbeinseite, und zwar fanden sich 6 Mal Abscesse der rechten Seite, 11 Mal der linken, 1 Mal ist die Seite nicht angegeben. Es ist diese Thatsache zunächst deshalb auffallend, weil Körner in seinem trefflichen Werke über die otitischen Erkrankungen des Hirns etc., in dem alles bisher bekannte Material statistisch bearbeitet und kritisch beleuchtet ist, für die Hirnabscesse im Allgemeinen ein auffallendes Ueberwiegen der Erkrankungen der rechten Seite feststellen konnte. Die Zahl der hier zusammengestellten Fälle ist gegenüber der grossen Zahl der otitischen Hirnabscesse im Allgemeinen zu klein, um daraus schon auf ein entgegengesetztes Verhalten der durch acute Erkrankungen des Ohres bedingten Hirnabscesse zu schliessen; wir müssen uns zunächst mit der Feststellung der Thatsache bei den bisher gemachten Beobachtungen begnügen.

Im Schläfenlappen sassen 13 Abscesse, und zwar 5 rechts und 8 links, im Kleinhirn sassen 4, und zwar 1 rechts, 3 links. (Ein Mal ist der Sitz nicht angegeben.) Wir beobachten hier, ebenso wie dies für die Gesammtheit der otitischen Hirnabscesse gilt, dass die überwiegende Mehrzahl im Schläfenlappen ihren Sitz hat.

Multiples Auftreten ist 3 Mal beobachtet, und zwar sassen ein Mal im Kleinhirn 2 Abscesse, 2 Mal im Schläfenlappen je 2 Abscesse. Es finden sich in den Mittheilungen dieser Fälle keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Pyämie bestanden hat, die Abscesse also Metastasen darstellten. Da das Auftreten multipler otitischer Hirnabscesse im Allgemeinen zu den grossen Seltenheiten gehört, wie Körner in seiner Statistik für die Gesammtheit der Abscesse gezeigt hat (unter 62 Fällen von Grosshirnabscessen nur 5 Mal, unter 32 Kleinhirnabscessen nur 4 Mal), so muss die relative Häufigkeit (3 Mal in 18 Fällen) bei den bisher beobachteten acuten Fällen auffallen.

Ueber die Grösse der Abscesse, sowie über das Vorhandensein oder Fehlen einer Balgkapsel geben die Mittheilungen keine verwerthbare Auskunft.

Von den sogen. allgemeinen Symptomen des Hirnabscesses, die der Ausdruck der Schwere der Erkrankung sind, ist das Verhalten der Körpertemperatur von Wichtigkeit. Es fand sich Fieber in wechselnder Höhe in 13 Fällen, 3 Fälle verliefen fieberlos, in 2 Fällen fehlen die Temperaturangaben.

Eines der constantesten Symptome des Hirnabscesses, das durch den gesteigerten intracraniellen Druck hervorgerufen wird, der Kopfschmerz, wird in einem Falle ausdrücklich als fehlend notirt. Pulsverlangsamung ist 3 Mal, Irregularität des Pulses 1 Mal erwähnt. Stauungspapille fand sich 3 Mal. In den meisten Fällen war das Sensorium mehr oder weniger benommen.

Die für die Diagnose so werthvollen Herdsymptome finden sich bei den 13 Schläfenlappenabscessen 8 Mal. Es wurden beobachtet: Sprachstörungen (bei linksseitigen Schläfenlappenabsessen), Paresen resp. Paralysen der entgegengesetzten Extremitäten und des Facialis, Hemiopsie, Ptosis, Abducenslähmung der gleichen Seite. Ausserdem wurden beobachtet Lichtscheu, Incontinentia urinae, erhöhte Sehnenreflexe, conjugirte Deviation nach rechts (bei rechtsseitigem Schläfenlappenabscess), Hemianästhesie und Hyperästhesie.

Digitized by Google

Die bei den Kleinhirnabscessen beobachteten Symptome waren neben den allgemeinen (Fieber, Kopfschmerz, benommenes Sensorium) 1 Mal halbseitige Lähmung des gekreuzten Facialis, 1 Mal Nackensteifigkeit, 1 Mal Sistiren der Athmung.

Der Ausgang war in 12 Fällen der Tod (8 Schläfenlappenabscesse, 3 Kleinhirnabscesse, 1 Mal Sitz nicht notirt). Geheilt wurden 6 Fälle durch Operation, und zwar 5 Schläfenlappen- und 1 Kleinhirnabscess. Der Tod trat bei den letal verlaufenen Fällen ein am frühesten im Falle von Guerder, 7 Tage nach Beginn der Ohrerkrankung, am spätesten in dem Falle von Jansen, ca. 6 Monate nach Beginn (in diesem Falle war ein Schläfenlappenabscess rechts mit Glück operirt und erfolgte der Tod ein paar Monate danach unter Hirnerscheinungen; die Section konnte nicht gemacht werden).

Die Heilung der 6 mit Glück operirten Fälle erfolgte zwischen 8 Wochen und 6 Monaten nach Beginn der primären Erkrankung.

An Complicationen sind beobachtet: Thrombophlebitis des Sinus lateralis allein 2 Mal, Thrombophlebitis und Leptomeningitis zusammen 1 Mal, Pachymeningitis externa 3 Mal. Von diesen mit Complicationen einhergehenden Fällen sind 2 mit Pachymeningitis externa durch die Operation geheilt, 1 mit Sinusphlebitis operirter Fall ist gestorben. Ohne operirt zu sein, sind gestorben die beiden anderen mit Sinusphlebitis resp. Leptomeningitis, sowie ein mit Pachymeningitis complicirter Fall. Die Sinusphlebitis sass 2 Mal links, 1 Mal ist der Sitz nicht angegeben. In den 3 mit Sinusphlebitis einhergehenden Fällen war nur je ein Abscess vorhanden.

Der Processus mastoideus war erkrankt 12 Mal, und zwar sind als Erkrankungen angegeben Periostitis, Ostitis, acute Caries, Empyem, käsige Ostitis; dagegen war in 6 Fällen keine Erkrankung des Proc. mastoid. vorhanden. Von den 13 Schläfenlappenabscessen waren 8 mit Erkrankungen des Warzenfortsatzes vergesellschaftet, 5 Mal war der letztere gesund; bei den 4 Kleinhirnabscessen lag 3 Mal Erkrankung des Proc. mast. vor, 1 Mal war derselbe gesund (1 Mal ist der Sitz des Abscesses nicht angegeben).

Operirt wurden von den 18 Fällen überhaupt 14, und zwar wurden folgende Operationen vorgenommen: Operationen am Processus mastoid. allein 3 Mal, Operationen am Proc. mastoid. und Hirnabscesseröffnung 9 Mal; Hirnabscessoperation allein 2 Mal.

Bei den beiden Fällen, in denen der Hirnabscess allein operirt wurde, da der Proc. mast. gesund war, trat Heilung ein. Von den 9 sowohl am Proc. mast. als am Gehirn operirten sind 4 geheilt, 5 gestorben. Die 3 Fälle, in denen der Proc. mast. allein operirt worden war, sind gleichwie die 4 nicht operirten sämmtlich gestorben.

Das Resultat der Operationen, soweit es den Hirnabscess betrifft, war folgendes: Es wurden operirt 11 Hirnabscesse (8 im Schläfenlappen, 3 im Kleinhirn), davon sind geheilt 6 (und zwar 1 Kleinhirn- und 5 Schläfenlappenabscesse), gestorben 5 (2 Kleinhirn- und 3 Schläfenlappenabscesse) Von 8 operirten Grosshirnabscessen heilten demnach 5, von 3 operirten Kleinhirnabscessen heilte 1 (in einem der letal endenden Fälle war der Abscess bei der Operation verfehlt worden).

Die Todesursachen bei den trotz der Operation gestorbenen 5 Fällen

Digitized by Google

waren: 1 Mal Gehirnödem, 1 Mal Durchbruch in den Seitenventrikel und Meningitis, 1 Mal Hämorrhagien und Erweichungen im Kleinhirn, 2 Mal war keine Section gemacht worden.

Bezüglich des diagnostisch so wichtigen Verhaltens des Hirnpulses bei den operirten Fällen ist zu erwähnen, dass 1 Mal ausdrücklich der Hirnpuls als vorhanden, 5 Mal ausdrücklich als fehlend angeführt wird, während 5 Mal keine diesbezügliche Angabe gemacht ist. Nach den Erfahrungen beim Hirnabscess im Allgemeinen darf man wohl sagen, dass fehlender Hirnpuls auf die Anwesenheit von Eiter deutet, während vorhandene Pulsation nicht das Gegentheil beweist.

Bezüglich der Häufigkeit der Hirnabscesse in Folge acuter Ohrerkrankungen gegenüber den durch chronische Eiterung bedingten ergab eine Zusammenstellung von Grunert, dass die otitischen Hirnabscesse in 9 pCt. durch acute Ohrerkrankungen bedingt sind; in der Berliner Klinik hat Jansen auf 2650 acute Ohreiterungen nur einen Hirnabscess beobachtet.

Wenn ich schliesslich den bisher bekannten Fällen von Gehirnabscess im Anschluss an acute Erkrankungen im Schläfenbein einen weiteren von mir mit Glück operirten Fall von Schläfenlappenabscess anfüge, so bewog mich dazu einmal der Umstand, dass jeder genauer beobachtete derartige Fall geeignet ist, unsere Kenntniss der Hirnabscesse zu erweitern, und zweitens der Umstand, dass die Krankengeschichte auch sonst manches Interessante bietet. Der Fall ist folgender:

Kaufmann D. aus G., 45 Jahre alt, hatte im December 1893 Influenza, an die sich Ohrenschmerzen und Schwerhörigkeit rechts anschlossen. Ausfluss hat nie bestanden. Seit 3 Wochen äusserst heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen auf der rechten Kopfseite, vom Proc. mast. ausgehend, sich bis in die Schläfen erstreckend; Nachts sind die Schmerzen besonders heftig; vor ein paar Tagen soll etwas Frost vorhanden gewesen sein. Patient war früher nie ohrenleidend. Hat vor Jahren Typhus abdomin. durchgemacht; war sonst gesund.

Am 5. März 1894 sah ich den Pat. zum ersten Male und notirte folgenden Befund: Das Hörvermögen des rechten Ohres wesentlich herabgesetzt. Rechtes Trommelfell glanzlos, erscheint verdickt (wie leicht gequollen); keine Vorwölbung, keine Röthung. Proc. mastoidealgegend rechts nicht geschwollen; Druckempfindlichkeit nur an der Vorderseite der Spitze. Deutliche Dämpfung des Percussionsschalles gegenüber der linken Seite. Temperatur normal. Urin ohne Eiweiss und ohne Zucker. Obgleich weder in der Pauke, noch an den Bedeckungen des Warzenfortsatzes deutliche Entzündungserscheinungen vorhanden waren, nahm ich wegen der Heftigkeit der Schmerzen, deren Localisation, der Aetiologie (Influenza) und besonders wegen der ausgesprochenen Dämpfung bei der Percussion an, dass es sich um eine Erkrankung des Warzenfortsatzes handele; bestärkt wurde ich in dieser Diagnose noch durch den Umstand, dass schon alle gebräuchlichen inneren Mittel gegen die Schmerzen ohne jeden Erfolg versucht waren. Es wurde darum dem Patienten die Trepanation des Proc. mast. vorgeschlagen, in die er sofort einwilligte. Da Patient auswärts wohnte, verzögerte sich die Sache noch um mehrere Tage und konnte erst am 12 März zur Operation geschritten werden. Assistenz: Herr Dr. Körner, Narcose: Herr Dr.

Digitized by Google

Cuno. Nach den üblichen Vorbereitungen und Anlegung des Hautschnittes 1 Ctm. hinter dem Ansatz der Ohrmuschel etc. wird durch den ersten Meisselschlag in den morschen Knochen ein Granulationsherd aufgedeckt; bei weiterer Blosslegung desselben zeigt es sich, dass sich die Erkrankung bis an die Wand des Sinus transversus, bis in die äusserste Spitze, nach innen bis in's Eiter gefüllte Antrum, nach oben bis über die Höhe der Linea temporalis erstreckt; Ausräumung alles Kranken, Glättung der Knochenwundhöhle; Jodoformgazetamponade. Verband. Der weitere Verlauf bot gleich Anfangs insofern etwas Abnormes dar, als jeden Tag wieder, trotz Entfernung des sehr grossen Krankheitsherdes, sehr heftige Schmerzen auftraten, die sich in der rechten Kopfhälfte, oft bis in die Zähne ausstrahlend, localisirten. Antineuralgica ohne Einfluss; Morphium subcutan verschafft Linderung. Wundverlauf reactionslos.

24. März siedelt Patient, da die Wunde in bestem Zustand ist, nach seiner Heimath über; Schmerzen bestehen fort.

28. März. Wunde sehr verkleinert; Drain eingelegt.

3. April. Wunde sehr klein geworden; Schmerzen kommen immer wieder; in der schmerzfreien Zeit volles Wohlbefinden. Temp. stets normal.

7. April. In der Nacht, nach einer stärkeren Morphiumeinspritzung, oft erbrochen. Kein Fieber. Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, besonders in der Gegend der Coronarnaht; diese Stelle ist bei Percussion empfindlich. Pupillen reagiren. Keine Lähmungserscheinungen, keine Krämpfe. Anhaltender Singultus. Sensorium völlig frei.

10. April. Der Singultus dauert ununterbrochen fort. Temp. normal. Grosse Unruhe. Sensorium ganz frei. Der linke Arm soll etwas schwächer sein als bisher, desgleichen das linke Bein (Bericht der Frau). Am 11. April sah ich den Pat. in seiner Heimath und konnte folgenden Befund feststellen: Anhaltender Singultus, der den Pat. nicht schlafen lässt; kein Erbrechen, kein Fieber; Sensorium völlig frei; zeitweise starke Kopfschmerzen rechts; Appetit und Verdauung gut. Pupillen reagiren prompt. Keine Oculomotoriuslähmung. Bei nicht forcirtem Lidschluss bleibt die Lidspalte etwas geöffnet; am Gesichtsfacialis keine Lähmungserscheinungen. Linker Arm deutlich schwächer sowohl bei Bewegungen, als beim Druckversuch; das linke Bein wird beim Gehen etwas nachgeschleift. Sensibilität erhalten. Seit 8 Tagen ist eine deutliche Herabsetzung des Hörvermögens links sowohl von der Umgebung, als von mir selbst bemerkt worden. Puls 64. 13. April. Singultus (nach einer durch Chloroforminhalationen bewirkten 4stündigen Unterbrechung) wieder andauernd. Die linken Extremitäten sind auffallend kühler, als rechts. Tastsinn der linken Hand und des linken Fusses, sowie Temperatursinn etwas herabgesetzt. Keine Stauungspapille.

Am 15. April wird Pat. zur Beobachtung hierher transportirt. Von jetzt ab beobachtete Herr Dr. Körner den Patienten gemeinsam mit mir. Der Singultus ist verschwunden. Keine Uebligkeit oder Erbrechen. Sensorium völlig frei. Die Extremitäten links deutlich schwächer und auffallend kühler. Am Hals und Gesicht kein Temperaturunterschied. Sensibilität am linken Arm etwas herabgesetzt. Patellar- und Fusssohlen-

Digitized by Google

reflexe beiderseits normal. Die linke Nasolabialfalte etwas verstrichen; das linke obere Augenlid wird nicht ganz geschlossen. Keine Hemiopie.

16. April. Temp. 36,0. Sonst Stat. idem.

18. April. Sensorium frei; Schmerzen treten zeitweise heftiger auf. Sonst unverändert.

20. April. Paresen der linken Extremitäten etwas stärker.

21. April. Vorübergehend Singultus; Mittags 4 Mal erbrochen (hat 2 Ctgrmm. Morphium bekommen). Sensorium ungetrübt, doch ist eine stark ausgeprägte Apathie vorhanden, die bis zum Abend anhält und durch laute Schmerzensäusserungen unterbrochen wird. Gesichtsfacialis etwas mehr paretisch.

22. April. Apathie gewichen. Sensorium frei. Temp. normal. Paresen unverändert. Schmerzen bestehen fort. Der allmählig sich entwickelnde Symptomencomplex bei Vorhandensein einer ausgedehnten Schläfenbeinerkrankung liess wohl keine andere Deutung zu, als dass es sich um einen Abscess des Grosshirns, und zwar im Schläfenlappen handele, und wurde darum, trotz fehlender Sensoriumsstörungen, die Operation beschlossen und am gleichen Tage noch ausgeführt.

Assistenz: Dr. Körner, Narcose: Dr. Cuno.

Nach den erforderlichen Vorbereitungen wird zunächst die noch bestehende Fistel im untersten Theil des Proc. mast. mit scharfem Löffel ausgeräumt, wobei rauher Knochen nicht mehr gefunden wird. Dann Incision in den bereits vernarbten oberen Theil der ersten Operationswunde und Verlängerung des Schnittes nach oben, ca. 4 Ctm. über die Linea temporalis; Zurückschieben des Periosts resp. Narbengewebes, bis der obere Knochenrand der ersten Operationsöffnung freigelegt wird; Abmeisseln des Knochens oberhalb desselben, wobei noch einige hochgelegene kranke Knochenzellen eröffnet werden. Ich wollte nun durch Meisseln parallel dem Boden der m. Schädelgrube die letztere eröffnen, kam aber, da der Knochen wahrhaft glashart war, so langsam voran, dass ich lieber den Hautschnitt noch um 1 Ctm. nach oben erweiterte, das Periost zurückschob und die Schuppe schaalenförmig durchmeisselte bis auf die Dura; zwischen dem ersten Operationskanal und der Oeffnung der Schuppe steht eine nahezu 1 Ctm. breite Knochenbrücke; Erweiterung der Knochenöffnung über der Dura mit Meissel und schneidender Zange, schliesslich Abtragen der erwähnten Knochenbrücke; die Dura liegt nun in der Ausdehnung von ca. 4 Ctm. von oben nach unten und von gut 2 Ctm von vorne nach hinten frei. Dieselbe ist von normaler Farbe, zeigt aber keine Pulsation. Spaltung der Dura von vorne nach hinten zwicchen zwei Gefässen; die von den weichen Häuten bedeckte, etwas bläulich gefärbte Hirnsubstanz wölbt sich stark in die Durawunde vor, sie pulsirt nicht. Mit schmalem Scalpell stach ich nun in der Richtung nach innen und vorne 2 Ctm. tief langsam ein, als neben dem Messer eine Menge citronengelben, nicht riechenden Eiters hervorquoll; sobald der erste Eiter entleert war, war deutliche Pulsation zu bemerken, unter der sich stossweise, nach Erweiterung der Hirnwunde mit kleiner Kornzange, ca. 60 Cbctm. Eiter entleerten. Beim vorsichtigen Eingehen mit dem kleinen Finger bekommt man den Eindruck, als sei die Abscesshöhle an ziemlich tiefer Stelle eröffnet. Durch seitliche Lagerung wird noch etwas Eiter unter lebhafter Pulsation entleert. Die Abscesshöhle

Digitized by Google

wird ganz locker mit Gaze tamponirt und antiseptischer Verband angelegt. Puls nach der Operation 72. Athmung und Puls waren während der Narcose, abgesehen von kleinen, nicht aussergewöhnlichen Schwankungen, gut. Pat. erwacht gleich nach Anlegung des Verbandes und giebt klare Antworten.

23. April. Temp. 37,2—37,0. Puls 80. Sensorium frei. Paresen der linken Extremitäten bestehen fort; linker Facialis nahezu normal. Sehr heftige Kopfschmerzen. Verbandwechsel. Tampon entfernt; vorsichtige Ausspülung mit ½ promill. Sublimat fördert nur sehr wenig Eiter zu Tage. Kein Tampon mehr, nur dünner Jodoformgazestreifen in die Hirnwunde eingelegt. Sofort nach der Enfernung des Tampons können linker Arm und Bein gut bewegt werden; beim ersten Versuch, den Arm zu erheben, wird derselbe förmlich in die Höhe geschnellt, da offenbar der bisher nöthige Impuls jetzt nach Wiederherstellung der Leitung zu stark für die beabsichtigte Bewegung war; die Schmerzen haben aufgehört.

24. April. Temp. 36,4. Puls 80. Pat. ist sehr vergnügt. Linker Facialis functionirt gut, doch ist die linke Nasolabialfalte noch etwas verstrichen. Das Gehör links ist merklich besser geworden.

26. April. Mittags Kopfschmerzen rechts in der Gegend der Wunde. Temp. 37,2. Puls 80. Verbandwechsel. Mässige Secretion. Die Sonde dringt kaum mehr 1 Ctm. tief in die Hirnwunde ein; wieder kleiner Jodoformgazestreifen in die Hirnwunde gelegt. Verband.

27.—30. April. Abgesehen von zeitweise auftretenden Kopfschmerzen Befinden gut.

1. Mai. Mehr Kopfschmerzen. Temp. und Puls gut. Linke Hand und Arm wieder deutlich kühler, als rechts; keine paretischen Erscheinungen. Verbandwechsel. Wunde gut; die Sonde stösst in der Tiefe von nicht ganz 1 Ctm. auf weichen Widerstand, bei Bewegungen der Sonde nach verschiedenen Richtungen kommt kein Eiter aus der Tiefe.

2. Mai. Linke Hand paretisch, Bein nicht. Facialis gut. Temp. normal. Kopfschmerzen.

3. Mai Anhaltende heftige Kopfschmerzen. Linke Hand mehr paretisch, linkes Bein weniger. Urin ist einmal unwillkürlich abgegangen. Temp. normal. Gehör liuks wieder schlechter.

4. Mai. Pat. liegt apathisch da, doch giebt er auf lautes Anrufen klare Antworten. Linke Hand gelähmt; das Bein kann etwas bewegt werden. Da sich offenbar die Hirnwunde zu bald geschlossen hatte, konnte sich wieder Eiter in der Abscesshöhle ansammeln und die Lähmungserscheinungen etc. wieder hervorrufen. Ich musste darum dem Eiter nochmals Abfluss verschaffen. In Narcose entfernte ich (Morgens 8 Uhr) nach Zurückschieben der Haut-Wundränder Granulationen, die auf der Dura aufsassen; dieselbe erschien im Umkreis von 0,5 Ctm. um die alte Wunde stark verdickt; die Granulationen täuschten Hirnpuls vor, nach ihrer Entfernung verschwindet die vorher deutlich sichtbare Pulsation. Ich erweiterte nun die Knochenwunde mit der Zange, bis nicht verdickte Dura zu Tage lag; danach spaltete ich die durch Granulationen verklebte Dura und erweiterte den Schnitt nach hinten ca. 2,5 Ctm. Die verdickten Duraränder wurden mit der Scheere abgetragen: Hirnsubstanz wölbt sich vor; beim Eingehen mit dem Messer stiess ich

Digitized by Google

in der Tiefe von ½ Ctm. auf einen geringen Widerstand, bei weiterem Eindringen entleerte sich dann unter Pulsation stromweise Eiter. Beim öfter wiederholten Eingehen mit der Kornzange nach verschiedenen Richtungen strömt immer neuer Eiter hervor, im Ganzen ungefähr 120 Cbctm.; die Sonde dringt nach innen und vorne (von der Hautwunde aus gemessen) 6—7 Ctm. tief ein. Es handelt sich offenbar um einen buchtenreichen Abscess. Vorsichtiges Ausspülen mit warmer, ½ promill. Sublimatlösung, wodurch noch Eiter entleert wird; da aus dem hinteren Theil der Abscesshöhle ziemlich starke Blutung kommt, wird die hintere Bucht nicht zu fest mit Jodoformgaze austamponirt; nach innen und vorne zu wird ein federhalterdickes Drainrohr, mit Jodoformgaze umwickelt, eingelegt. Verband. Athmung und Puls zeigten während der Operation keine beachtenswerthen Veränderungen.

Mittags 1¼ Uhr: Pat. liegt ruhig athmend, etwas somnolent da, doch erkennt er auf lautes Anrufen die Umgebung und giebt klare Antworten; klagt auf Befragen über Kopfschmerzen. Paresen der linken Extremitäten noch vorhanden. Abends: Kopfschmerzen halten an; Paresen der Extremitäten bestehen fort. Sensorium intact, doch ist Pat. etwas apathisch. Temp. 36,6, Puls 92.

5. Mai Morgens: Kopfschmerzen noch vorhanden. Paresen geringer; Sensorium frei. Temp. 36,6, Puls 80. Pat. hat Appetit. Verbandwechsel: Jodoformgazestreifen aus der Abscesshöhle entfernt, desgleichen Drain; Ausspülung mit 1 promill. Sublimat fördert noch Eiter zu Tage. Einlegen eines etwas dickeren Drains. Kein Tampon mehr. Abends: Linke Hand etwas kräftiger, Bein wird gut bewegt; mässige Kopfschmerzen. Temp. 37,4, Puls 88. Rechter Bulbus erscheint etwas vorgetrieben. Keine Augenmuskellähmung, keine Hemiopie. Sensorium frei.

6. Mai. Pat. hat etwas geschlafen; noch zeitweise Kopfschmerzen. Temp. 36,3—37,3, Puls 88. Linke Hand wird gut bewegt, drückt kräftig. Rechter Bulbus nicht mehr prominent.

Abends: Etwas Eiter durch den Verband gedrungen. Verbandwechsel. Nach Entfernung des Drains legt sich in den Fistelgang zwischen Durawunde und Abscesshöhle eine Granulation, die mit der Pincette entfernt wird. Beim Auseinanderziehen der Wunde mit kleiner Kornzange quillt unter Pulsation reichlich Eiter von innen und unten hervor; Ausspülung mit ½ promill. Sublimat fördert mehrere zusammengeballte Eiterklumpen (Gewebsfetzen?) zu Tage. Drainage. Verband.

7. Mai. Patient hat mehrere Stunden geschlafen; Kopfschmerzen viel geringer. Temp. 36,4, Puls 80. Abends wieder Verbandwechsel und Ausspülung, die keinen Eiter mehr herausbefördert. Pat. ist sehr mobil, hat Appetit, keine Kopfschmerzen. Drainage. Verband.

8.—22. Mai keine Ausspülungen mehr; Drain nach und nach gekürzt. Sehr gutes Allgemeinbefinden. Am 10. Mai steht Pat. zum ersten Mal auf. Am 24. Mai wird der Drain fortgelassen.

28. Mai. Gehirnfistel geschlossen.

31. Mai. Pat. geht in seine Heimath.

Ende Juni ist auch die Knochenwundhöhle ausgefüllt.

Pat. ist jetzt, Ende August, wieder, wie vorher, ohne jede Störung in seinem Berufe thätig.

Digitized by Google

Der vorliegende Fall bietet schon bezüglich der Diagnose manches Interessante. Es hatte sich dabei die Percussion des Proc. mast. als ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel erwiesen, da bei der fehlenden Ohreiterung, bei der Intactheit der Bedeckungen des Proc. mast. nur aus der Aetiologie, dem Sitze der Schmerzen im Zusammenhalt mit dem Percussionsresultat die Diagnose auf Erkrankung des Warzenfortsatzes gestellt werden konnte. Und trotzdem die Operation zu einer Zeit gemacht wurde, wo die noch allgemein zur Indicationsstellung der operativen Eröffnung als nothwendig erachteten Symptome mangelten, hat sich doch die äusserst schwere Complication entwickeln können; so zeigt dieser Fall einerseits, wie berechtigt bei den im Anschluss an Influenza auftretenden Knochenerkrankungen im Warzenfortsatz ein frühzeitiger operativer Eingriff ist, was ich während der letzten Influenza-Epidemie überhaupt häufig erfahren habe, andererseits weist er darauf hin, dass die noch allgemein geltenden Indicationsstellungen zur Eröffnung des Proc. mast. bei acuten Erkrankungen desselben dem practischen Bedürfnisse nicht genügen, wie ich dies auch schon in meinem Aufsatze: „Die diagnostische Verwerthbarkeit der Percussion des Warzenfortsatzes“ (diese Monatsschrift No. 2, 1894) an einer Reihe von einschlägigen Fällen gezeigt habe.

Bezüglich der Symptome, die unser Fall darbot, ist darauf aufmerksam zu machen, dass zu keiner Zeit der sonst fast ausnahmslos vorhandene Zustand der Somnolenz und Bewusstseinsstörung vorhanden war. Von Interesse ist weiter der völlig fieberlose Verlauf. Ein meines Wissens bisher nicht beobachtetes Früh-Symptom war der 8 Tage lang währende Singultus, für den mir eine Erklärung bislang fehlt; auch auf die augenfällige Herabsetzung der Körpertemperatur auf der dem Abscess entgegengesetzten Körperhälfte ist nur vereinzelt aufmerksam gemacht worden. Ferner ist die Herabsetzung des Gehörs der entgegengesetzten Seite ein selten beobachtetes Symptom, obgleich man es öfter erwarten sollte, da im Schläfenlappen das Centrum des Gehörs für das gekreuzte Ohr liegt.

Bei der Nachbehandlung hat es sich gezeigt, wie nachtheilig unter Umständen eine, wenn auch noch so lockere Tamponade wirken kann, indem der Tampon offenbar den Druck des entfernten Eiters ersetzte, und doch sind wir, sobald eine etwas stärkere Blutung auftritt, geradezu gezwungen, zur Tamponade zu schreiten.

Wie vorsichtig man mit der Beurtheilung des Endresultates sein muss, lehrt unter anderen recht eindringlich der Jansen'sche Fall, doch halte ich mich jetzt (über 10 Monate nach der Operation) für berechtigt, meinen Fall als geheilt zu bezeichnen.

Nachtrag bei der Correctur.

Nach Einsendung dieser Arbeit (Ende August 1894) wurde noch ein hierhergehöriger Fall von Schubert auf der Naturforscherversammlung in Wien (September 1894) mitgetheilt, der natürlich in die obige Statistik nicht mehr eingefügt werden konnte.

Digitized by Google

Rhino-laryngologische Mittheilungen.

Von

Dr. **A. Onodi,**

Universitätsdocent für Rhinologie und Laryngologie zu Budapest.

I. Fibrosarcom am Zungengrunde.[1])

Die Neubildungen am Zungengrunde kommen im Allgemeinen nicht häufig vor. Noch am häufigsten begegnen wir der Hyperplasie der Drüsen, den polypoiden Wucherungen am Zungengrunde. Viel seltener kommen cystöse Geschwülste vor, und zwar in der Form von Retentionscysten oder von den Kiemenbogen ausgehende Embryonalcysten. Sehr selten ist das Papillom zu finden. Ebenfalls sind selten die reinen und gemischten Formen der Fibrome. Adenome sind selten beobachtet worden, Chondrom nur in einem Falle. Sehr selten kommen die dermoiden Gebilde vor, und äusserst selten das primäre Carcinom. Aus den literarischen Angaben erhellt die Thatsache, dass die Neubildungen am Zungengrunde im Allgemeinen seltene Erscheinungen sind. Unser Fall ist folgender:

P., ein 17jähriges Mädchen, giebt an, dass sie vor 7 Monaten das Auftreten einer kleinen bohnengrossen Geschwulst am Zungengrunde beobachtete, welche nicht die geringsten Beschwerden verursachte. Im letzten Monate sind Schlingbeschwerden aufgetreten, festere und grössere Bissen konnte sie schon schwerer schlucken.

Die Geschwulst, von der Form einer grossen Haselnuss, ist scharf umschrieben, an der linken Seite des Zungengrundes gelegen, vorne von der normalen Schleimhaut bedeckt, rückwärts ist sie weisslich durchscheinend, bei Betastung etwas fest, elastisch. Bei der Beurtheilung der Geschwulst — da P. vollkommen gesund, Virgo war — konnte man, der Entwicklung und dem Auftreten entsprechend, nur an zwei Formen, an eine Cyste oder an ein Fibrom denken.

Um dies zu beweisen, schnitt ich etwa 1 Ctm. tief in die Geschwulst ein; es entleerte sich aus derselben auch kein Tropfen Flüssigkeit und nur ein wenig Blut kam zum Vorschein; die Consistenz derselben änderte sich nicht. Es war demzufolge ersichtlich, dass wir es hier mit einem fibroiden Neugebilde zu thun haben. Zum Zwecke der histologischen Untersuchung schnitt ich aus der Geschwulst ein 1 Ctm. breites und 2 Mm. dickes Stück heraus. Die histologische Untersuchung war Herr Universitäts-Assistent Dr. Münnich so freundlich vorzunehmen, der auf Grund derselben das Gewebe für ein Fibrosarcom erklärte; Herr Prof. Scheuthauer bestätigte nach Ansicht der Präparate diese Diagnose ebenfalls. Auf Grund der Untersuchung bestand die Geschwulst zum grossen Theil aus einem Gemenge von erbsenförmigen Gewebszellen und einer ansehnlichen Menge Gewebsfasern, von welchen die ersteren sich zum Theile in Gruppen ordneten, die durch einzelne in Bündel geordnete Zellenbalken mit einander zusammenhingen, zum Theile lagen sie zerstreut zwischen den Gewebsfasern.

---

[1]) Patient und microscopisches Präparat in der kön. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest demonstrirt worden.

Digitized by Google

Die Kranke willigte in die Totalexstirpation nicht ein und ging auf einige Wochen auf's Land. Als ich nach deren Rückkehr die Geschwulst wieder zu sehen Gelegenheit hatte, konnte ich eine Veränderung nur nach der Richtung hin constatiren, dass an Stelle des entfernten Stückchens die Geschwulst eine Einziehung zeigte, und dass dieselbe in Folge dessen etwas kleiner respective flacher erschien.

II. Lipom der Tonsille.[2])

Wie bekannt, ist die Tonsille häufiger der Sitz malignöser Neoplasmen und die gutartigen Neubildungen gehören im Allgemeinen zu den selteneren Erscheinungen. An den Tonsillen sind Polypen, Fibrome, Papillome, Cysten und Angiome beobachtet worden. Meines Wissens ist in der Literatur ein Lipom der Tonsille bisher nicht beschrieben worden. Unser Bericht bezieht sich auf ein kleines Kind, dessen Mutter vor einem Jahre die Beobachtung machte, dass sich an der linken Tonsille eine kleine Geschwulst entwickelt hatte, welche seither zwei Mal so gross wurde. Die 1 Ctm lange, $^1/_2$ Ctm. breite, blassgelbe Geschwulst sass auf einem Stiel mit der Tonsille verbunden. Ich habe sie mit einer kalten Schlinge entfernt. Die polypförmige Geschwulst wurde von Herrn Dr. Carl Münnich, Assistent des pathologischen Instituts, microscopisch untersucht. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die ganze Masse der Neubildung aus Fett besteht, dass es sich um ein Lipom handelt.

III. Fall von Argyria.

Die Fälle von Argyrosis sind im Allgemeinen nicht so häufig, und in den bekannten Fällen hat man es zumeist mit einer chronischen Form zu thun. Vor Jahren hatte ich Gelegenheit, einen Kranken einige Tage vor seinem Tode mit allgemeiner Argyrosis und Kehlkopfkrebs zu beobachten, und mit der necroscopischen und microscopischen Untersuchung zu veröffentlichen.[3]) In diesem Falle ist die Argyria nach Inhalationen 10proc. Lapislösung im Laufe von 3 Jahren eingetreten, und zwar in einem so grossen Maasse, dass selbst die Choroidealgeflechte in den Gehirnhöhlen ganz schwarz wurden. Ich veröffentliche diesen Fall der seltenen Erscheinung wegen und der eigenthümlichen, curiosen Art seiner Entstehung.

Patient J. Zs., 62 Jahre alt, Beamter, giebt an, dass er Syphilis gehabt hätte und sie noch habe. Nach seiner Angabe hatte er vor 16 Jahren eine Schmiercur durchgemacht und nachher 6 Jahre Jodkali genommen.

Vor 10 Jahren wurde sein Rachen von einem Arzt mit Lapis in substantia touchirt. Von dieser Zeit an hat er jeden dritten Tag, volle drei Jahre, seinen Rachen mit einem Lapisstift selbst berührt, und nachher 6 Jahre hindurch jeden zweiten resp. dritten Tag seinen Rachen mit einer starken Lapislösung gepinselt. Die Flüssigkeit bereitete er nach seiner Angabe folgendermaassen: er nahm 20 Grmm destillirtes Wasser und gab dazu 3 Stück Lapisstifte, jeden von der Länge des

---

[2]) Patient und microscopisches Präparat in der kön. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest demonstrirt worden.

[3]) Monatsschrift für Ohren-, Kehlkopf-, Nasenkrankheiten etc.

Digitized by Google

Zeigefingers. Seit 4—5 Jahren hatte er wahrgenommen, dass sein Gesicht, besonders seine Stirn, eine graue Farbe bekam. Die Argyria des Gesichts, der Stirn ist ausgesprochen, die Lippen sind grau, das Zahnfleisch ist in seiner ganzen Ausbreitung grau, entsprechend der Zahnwurzel zieht sich ein schwarzer Streifen hinweg, die untere Fläche der Zunge ist grau, die Schleimhaut des harten Gaumens, ebenso des weichen Gaumens sind graulich, und die hintere Pharynxwand ist stark grau. Die Schleimhaut des Kehlkopfes ist nicht gefärbt.

Der Patient, in dem Glauben, dass er Syphilis habe und Veränderungen im Rachen, benutzte seine eigenthümliche Behandlungsweise bis zur Stunde seiner Aufnahme in die Klinik, wo die Untersuchung nichts eruiren konnte. Hoffentlich wird der Patient, der nach einigen Tagen die Klinik verliess, seine eigene Behandlung einstellen, was er übrigens auch versprach.

IV. Sarcom der Nasenhöhle.

Unter diesem Titel beschreibe ich den Fall eines circa 50jährigen Kranken, da derselbe erst zu einer Zeit in meine Behandlung kam, als die Nasenhöhle schon gut- und bösartige Neubildungen enthielt. Ich bekam Patienten im September 1888 zum ersten Male zu Gesicht. Nachdem er einige Monate vorher auf der Klinik des Prof. Schrötter in Wien behandelt wurde, liess ich mir von einem der Assistenten die Krankengeschichte einsenden. Die klinische Diagnose lautete auf gutartige Nasenpolypen; beide Nasenhöhlen waren mit zahlreichen Neubildungen erfüllt, welche mittelst Schlinge und nachfolgender Cauterisation entfernt wurden, worauf sich die freie Nasenathmung wieder einstellte; so konnte Patient wieder entlassen werden. Als er mich aufsuchte, war die linke Nasenhöhle vollkommen frei, während sich in der rechten wieder Neubildungen zeigten. Von diesen wichen einige in ihrer äusseren Erscheinung von etwas derberen gewöhnlichen Polypen durchaus nicht ab, während sich an der mittleren Muschel verdächtige bösartige Gebilde zeigten, deren Entfernung in der Regel von starken Blutungen gefolgt war. Die histologische Untersuchuug der weisslichgrauen, oder -braunen, bröckeligen Neubildungen bestätigte die Diagnose, indem sie sich als Rundzellensarcome erwiesen. Ich befreite die rechte Nasenhöhle von den gemischten Polypen und berührte die verdächtigen Stellen mit dem Thermocauter.

Der Kranke fühlte sich hierauf zehn Monate hindurch vollkommen wohl, wie er mir, als er sich im Juni 1889 wieder vorstellte, versichern konnte. Auch fand sich bei dieser Gelegenheit keine Spur von Recidive. Im Mai 1890 suchte mich Patient neuerdings auf, da sich sein Leiden wieder erneuerte: nun war die rechte Nasenhälfte ausschliesslich mit sarcomatösen Wucherungen erfüllt, die linke war vollkommen frei. Zuletzt sah ich den Kranken im September 1890 im eben beschriebenen Zustande. Die ausgerotteten Gebilde sandte ich meinem Freunde Paul Heymann in Berlin ein, der gelegentlich der histologischen Untersuchung zu einem ähnlichen Resultate gelangte.

Nach kurzer Zeit meldete sich der Kranke wieder und ich empfahl ihm die Totalexstirpation durch die zu eröffnende Nasenhöhle, worin der Kranke auch einwilligte und zu diesem Zwecke sich im Sanatorium des

Digitized by Google

Dr. Herczel aufnehmen liess. Im März dieses Jahres wurde von Dr. Herczel die Totalexstirpation mit bestem Erfolge ausgeführt. Durch Abhebung des Nasenflügels und Nasenbeines wurde die rechte Nasenhöhle freigelegt. Nach Entfernung der, die ganze Nasenhöhle ausfüllenden sarcomatösen Geschwulst wurden noch die verdächtigen Partien der Schleimhaut und sämmtliche Muscheln entfernt. Da zeigte es sich, dass in den Nebenhöhlen ein Empyem sich gebildet hatte, und es wurden daher die Stirnhöhle, die Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle, welche gleichzeitig sondirt wurden, eröffnet und gründlich gereinigt. Die Highmorshöhle blieb, wahrscheinlich durch Verwachsung ihres Ausführungscanals, verschont; die vorgenommene Punction derselben zeigte keine Spur von Eiter. Die mit grosser Umsicht ausgeführte Operation war von bestem Erfolge begleitet, so dass der Kranke nach einigen Wochen die Anstalt verlassen konnte. Nachdem sich der Kranke einen vollen Monat gut gefühlt hatte, bekam er ein Erysipel, in Folge dessen heftige Nasenblutungen aufgetreten sind. Ich habe den Kranken im zweiten Monate nach Verlassen der Anstalt wiedergesehen, nachdem in der Nasenhöhle ein Recidiv des Sarcoms aufgetreten war, in Folge dessen, wie ich später erfahren habe, auch der lethale Ausgang eingetreten ist.

Ich habe jetzt die ganze Krankengeschichte dieses Falles mit Ergänzungen des seitdem Geschehenen wiedergegeben. Von Interesse ist die Thatsache, dass zu Beginn in beiden Nasenhöhlen sich nur gutartige Polypen zeigten, nach der ersten Entfernung derselben zeigte sich indessen in der rechten Nasenhöhle bereits eine Mischgeschwulst, während die späteren Recidiven bereits das reine Bild der sarcomatösen Geschwülste zeigten. Ueberdies bildeten sich in den erwähnten Nebenhöhlen Empyeme, die jedoch erst nach Entfernung der Hauptgeschwulst entdeckt werden konnten. Diese Art des Auftretens eines bösartigen Sarcoms gehört gewiss zu den seltener sich ergebenden Fällen.

V. Eine Recurrenslähmung durch ein Aneurysma am Halse.

Ich will in Kürze die Krankengeschichte mittheilen, welche in mehrerer Beziehung das Interesse erweckt.

Pat. J. Sz., 47jährige Arbeiterin, hat vor einem Jahre wahrgenommen, dass sich rechts in der unteren Halspartie eine haselnuss grosse Geschwulst bildet, welche ihr Schmerz verursacht. Diese Geschwulst hat sich dann noch oben und zur Medianlinie weiter entwickelt, so dass dieselbe schon nach 5 Monaten ihre jetzige Grösse erreicht hat. Seit vier Wochen fühlt sie Pulsiren im rechten Auge, manchmal Schmerzen, ohne Störungen im Sehen.

Bei der Aufnahme am 3. Mai 1893 war die rechte Pupille ständig klein, Spiegeluntersuchung negativ, das Sehen ungestört. Die Stimme rauh, heiser. Die laryngoscopischen Untersuchungen zeigen das rechte Stimmband unbeweglich, von der Cadaverstellung näher zur Medianlinie gerückt mit ausgesprochener Concavität ihres medialen Randes, bei der Inspiration und bei der Phonation bewegt sich nur das linke Stimmband. Bei der Phonation bleibt die Stimmritze durch den concaven Rand des rechten Stimmbandes offen. Am Halse rechts und unten ist eine eigrosse pulsirende Geschwulst zu sehen, dessen Basis an der Clavicula liegt, nach oben zwischen der Medianlinie und dem Sternocleidomastoideus bis

Digitized by Google

zum Kehlkopfe reicht, scharf umschrieben, mit dem Herzstosse synchronisch pulsirend.

Pat. ist am 8. Juni 1893 gestorben und die Necroscopie hat ein Aneurysma ergeben, welches im Winkel zwischen der rechten Art. subclavia und der rechten Carotis communis entstanden und zwischen beiden grossen Gefässen sich weiter entwickelt hat, einen starken Druck ausübend auf die grossen Nervenstämme, wie auch auf den rechten Recurrens. Die Diagnose lautet: Aneurysma sacciforme magnitudine ovum gallinaceum aequans ad angulum ortus arteriarum subclaviae et Carotidis communis dextrae plexum brachialem, dextr. comprimens in vena jugulari interna et subclavia thrombum efficiens inde oedema extremitatis super. dextr. etc.

Nach meiner Methode habe ich beiderseits die einzelnen Nerven herauspräparirt und mittelst Osmiumsäure vom Assistenten des physiolog. Institutes Herrn Dr. Landauer untersuchen lassen. Die Untersuchung ergab linkerseits vollkommenes Intactsein der Nerven, während rechterseits die vollständige Degeneration der einzelnen Nerven, d. h. des Posticus-, des Transversus-, des Lateralis- und Thyreoarytaenoideus-Nerven. Macroscopisch auffallend war die Differenz der Muskeln, rechts flach und gelb, links normales Aussehen.

Sehr interessant ist das seltene Vorkommen der beschriebenen Aneurysma und die durch dasselbe verursachte Compressionserscheinung. Das laryng. Bild ist insofern interessant, da bei der vollständigen Degeneration der Nerven im Leben das gelähmte Stimmband der Mittellinie zu gerückt war und eine Concavität zeigte, dementsprechend die Stimme rauh und heiser war. Zwei Muskeln, die das Stimmband und die bezeichnete Lage halten konnten, sind der M. cricothyreoideus und der transversus. Die Annahme der permanenten Contraction der M. cricothyreoideus muss wegfallen wegen der Concavität des Stimmbandes, welche bei einem v. Cricothy. ausgespannten Stimmbande nicht entstehen könnte. Es sind die Fasern im verschiedenem Verlauf, die in's Innervationsgebiete der gesunden linken Seite gehören, dessen Contraction das gelähmte Stimmband näherte und die Concavität erzeugte.

VI. Die isolirte Paralyse des linken Musc. cricoarytaenoideus lateralis nach Influenza.

Die isolirte Paralyse des Musc. cricoarytaenoideus lateralis bildet nicht häufig den Gegenstand der Beobachtung. Unser Fall wird ausserdem noch interessant durch den Umstand, dass sich die Paralyse als Folge einer sehr vehement auftretenden und sich auf den Respirationstract beziehenden Influenza entwickelt hat. Die 30jährige Frau ist während einer starken Influenzaepidemie schwer erkrankt. Neben dem grossen Catarrh der Luftwege und dem begleitenden grossen Fieber sind schon in den ersten Tagen der Erkrankung Schlingbeschwerden und Athembeschwerden aufgetreten, welche sich nachher so drohend vergrösserten, dass der behandelnde Arzt mich zum Consilium rufen liess. Die laryngoscopische Untersuchung hat die objectiven Ursachen der Schling- und Athembeschwerden sofort constatirt. Der Kehlkopfeingang sowie die Stimmritze zeigten eine starke Verengerung in Folge der starken Schwellung der Weichtheile des Kehlkopfes. Die Epiglottis, die beiden

Digitized by Google

Aryknorpel zeigten eine starke Schwellung, die Schwellung der falschen Stimmbänder war so beträchtlich, dass sie die wahren Stimmbänder bedeckten. Die Schleimhaut des Kehlkopfes war diffus stark geröthet, ebenso der sichtbare Theil der Trachealschleimhaut. Die entsprechende Behandlung wurde eingeleitet und schon nach einigen Tagen liessen die vehementen Symptome nach, mit dem Sinken des Fiebers haben sich auch die Schlingbeschwerden verringert, und das Athmen ist auch leichter geworden. In den folgenden Wochen hat sich der Husten allmählig reducirt und die Schlingbeschwerden sind völlig geschwunden, nur eine Störung in der Stimmbildung ist zurückgeblieben. Als die Patientin ganz genesen war, hat sie mich vom Lande besucht und wegen ihrer noch anhaltenden Heiserkeit consultirt. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte den Kehlkopf in normalem Zustande, constatirte aber gleichzeitig als Grund der Heiserkeit das ausgesprochenste klinische Krankenbild der isolirten Lähmung des linken Musc. cricoarytaenoideus lateralis. Die Lähmung dauerte Monate lang; während dieser Zeit wurde der Kehlkopf öfters percutan electrisirt, bis endlich die Heiserkeit und die Lähmung im Laufe des Sommers vollständig aufhörten.

Acute Entzündung der Ductus Riviniani und der Glandulae sublinguales.

Von

Dr. **H. Naegeli-Åkerblom,**

gew. Assistent der laryngo-otologischen Klinik in Bern.

Es ist wohl selten über eine Krankheit soviel geschrieben worden, selten wurden soviel Theorien über eine solche aufgestellt, wie dies für die Ranula der Fall ist. Nach Pauli († 1868) sollte die Ranula eine Speichelgeschwulst sein, und unterschied derselbe zwei Formen: die Ptyaloectasie, d. h. Erweiterung des Wharton'schen Ganges, und die Ptyalocele, d. h. Extravasatgeschwulst, bei der nach Ruptur des Ganges der Speichel in's Zellgewebe austritt und sich hier in einer cystenartigen Höhle ansammelt.

Nach Neumann, der einen Fall näher untersuchte und hierbei Flimmerepithel fand, entsteht die Ranula aus den Bochdalek'schen Drüsenschläuchen der Zunge durch Retention. Nach v. Recklinghausen (Virchow's Archiv, 84. Bd., Literatur bis 81) ist die Ranula eine Retentionsgeschwulst, eine cystische Dilatation eines Hauptdrüsenganges der in der Spitze der Zunge gelegenen Blandin-Nuhn'schen Schleimdrüsen, wenn der Ausführungsgang durch entzündliche Vorgänge in seiner Umgebung sowie in seinem Innern verlegt wird. Tillaux (Anatomie topographique 1879, Chirurgie clinique 1888) tritt für die Entstehung aus dem Fleischmann'schen Schleimbeutel (am Mm. genioglossus) ein. Dieser Schleimbeutel ist wieder nach Anderen ein Kunstproduct (Albert, Chirurgie). Es scheint fast, als ob jeder Forscher von einem einzelnen oder wenigen Fällen aus verallgemeinernd vorging, sonst wäre es doch wohl kaum möglich, dass eine und dieselbe Bezeich-

Digitized by Google

nung für Cysten an der Zungenspitze, Zungenbasis und in der Gegend der Sublingualdrüsen gebraucht wird. Denn nach Ziegler (pathol. Anatomie 1887) können auch Kiemengangscysten am Halse sich unter der Zunge vordrängen und so eine Ranula bilden. So kommt man schliesslich dazu, als Ranula irgend eine Cyste unter der Zunge zu bezeichnen, ohne dass irgend eine Aetiologie oder Lagebestimmung in diesem Namen implicirt wäre. Ich möchte daher nachstehenden Fall nicht als Ranula bezeichnen, obgleich er einer der verschiedenen Theorien entspricht.

Am 18. August 1894 wurde ich für ein Kind, Ida B., 11jährig, consultirt, welches seit zwei Tagen an Schluck- und Sprechbehinderung litt, zu denen sich Fieber gesellte. Bei meinem Besuche am folgenden Tage bot sich folgendes Bild: die rechte Halsseite schien etwas geschwollen, und war auch die Submentalgegend etwas infiltrirt. Am linken Kieferwinkel war eine geschwollene Lymphdrüse zu fühlen. Der Mund liess sich nur mit Mühe öffnen; die Zunge schien nach oben und hinten gedrängt, und nach Aufheben derselben sah man beiderseitig vom Frenulum, V-artig convergirend, zwei ovale, rundlich prominirende Tumoren. Darüber erhob sich eine hahnenkammartige gezackte Schleimhautfalte und auf deren Rand war ein glänzender, weisser Belag. Derselbe liess sich mit Leichtigkeit abheben; darunter kamen auf der Schleimhautfalte kleine geröthete Punkte zum Vorschein, aus denen bei Druck sich klarer Schleim entleerte. Bei stärkerem Druck auf die Tumoren, welche prall elastisch anzufühlen waren, entleerten sich mit Leichtigkeit einige Cubikcentimeter klaren, zähen Schleimes. Die Untersuchung ergab deutliche Rhodankaliumreaction, so dass die Identität der Tumoren mit den Sublingualdrüsen wohl feststand. Auf Tonsillen und Pharnyx war keinerlei Belag nachzuweisen. Temperatur 39°, Puls 120. Ordination: Ausspülung mit Kali chlor., ausserdem Antifebrin 1,5 auf 100, stündlich 1 Theelöffel.

Am nächsten Tage war Patientin bedeutend wohler. Die Schwellung der rechten Glandula sublingualis war vollständig behoben. Die linke war noch wie am Vortage, und hatte sich auch wieder etwas Belag auf den Ductus Riviniani gebildet. Derselbe liess sich wieder leicht abheben. Druck auf die Gl. sublingualis entleerte wieder ziemlich viel Schleim. Ein Druck auf die Gegend der Gl. submaxillaris hatte kein solches Resultat. Temperatur und Puls waren normal.

Am 21. August war noch Schwellung und Fluctuation der linken Gl. sublingualis vorhanden, jedoch kein Belag. Bei Druck entleerte sich durch die Ductus Riviniani wieder klarer Schleim, dagegen längs der cariösen II. Incisive etwas Eiter, wohl unabhängig von der Glandula, da auch auf der Aussenseite des cariösen Zahnes eine Eiterung vorhanden war. Am 25. war nur noch geringe Schwellung der linken Gl. sublingualis vorhanden, und entleerte sich bei Druck noch reiner Schleim. Jedesmal erschien die Drüse nachher bedeutend abgeflacht. Am 30. August war Patientin vollkommen geheilt, die Schwellung verschwunden, Sprache, Respiration, Deglutition normal.

Leider konnte ich den Belag der Ausfuhrungsgänge der Glandulae nur microscopisch untersuchen, nicht aber Culturen anlegen. Die Untersuchung ergab keinerlei Bacillen, sondern nur Coccen von circa 0,7 bis

Digitized by Google

0,9 μ, meist als Diplococcen, seltener in grösseren Ketten angeordnet. Nach Friedländer gefärbt, konnte einige Male eine sich nur schwach färbende Capsel beobachtet werden. Das Bild war das einer Reincultur dieser Streptococcen, wie ich sie schon früher bei 10 von mir untersuchten Fällen von Angina lacunaris gefunden (These Bern 1891). Damals nahm ich auch an, dass die Angina lacunaris wohl oft, wenn auch nicht immer durch den Friedländer'schen Pneumoniecoccus erzeugt werden könne. Auch bei obigem Falle war der Beginn der Krankheit wie bei Angina lacunaris, mit Fieber, Schüttelfrost etc.; dazu der Belag, nur wenig adhärent, in den Oeffnungen der Ductus Riviniani, wie bei Angina lacunaris hauptsächlich in den Lacunen der Tonsillen. Dass dieser Belag immerhin, mit der Schwellung der Canäle einhergehend, eine Retention des Speichels in den Sublingualdrüsen bewirken konnte, ist leicht begreiflich, bewiesen wurde sie durch das Ausfliessen des Speichels in grösserer Quantität bei Druck auf die Drüse. Es wäre dies hiermit ein seltener Fall von primärer Entzündung der Ductus Riviniani; in der von mir benutzten Literatur konnte ich nur noch Fälle von Ipscher und Weber (Eichhorst, Pathologie und Therapie), ähnlich beschrieben finden. Nur durch das acute Auftreten und den schnellen Verlauf unterschied sich mein Fall von einer der vielfachen Arten der Ranula.

Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

2. Jahresversammlung, 1. Juli 1894, in Amsterdam.

(Schluss zu No. 2.)

Dr. F. J. Michelsen (Amsterdam): Eine neue Behandlungsweise der hysterischen Aphonie u. s. w.

Vor dem Namen „hysterischer Aphonie" giebt M. demjenigen nervöser Aphonie den Vorzug, weil das Leiden auch beim Nicht-Hystericus, z. B. nach einem Schrecken, auch nach der Heilung eines Kehlkopfcatarrhs, vorkommt. Die Methode, welche M. seit 8 Jahren anwendet, ist eine psychische und besteht darin, dass der Arzt nach einiger Vorbereitung, als werde etwas Ernstes stattfinden, dem Kranken den Finger in die Nasenrachenhöhle bringt, wie bei der Adenoid-Operation. Diese Manipulation verursacht oft eine grosse Aufregung. Dann ist es wahrscheinlich der Schrecken, welcher reflectorisch das Zurückkehren der Stimme auslöst. Nachdem Pat. mit Schreien aufgehört hat, lasse man ihn augenblicklich mit lauter Stimme zählen, und damit auch auf der Strasse fortfahren. Die Vortheile dieser Methode sind das Cito und Tuto, nicht das Jucunde. Jeder Practiker kann die Methode anwenden. Die Resultate dieser Behandlung waren am besten: 1) bei der nervösen Aphonie; 2) bei Kranken mit hysterischer Aphonie und adenoiden Vegetationen; 3) bei Parästhesien. Dieselbe hatte weniger Erfolg: 1) wenn sie früher bereits angewendet worden war; 2) bei hysterischen Simulationen und Zwangsvorstellungen; 3) bei apathischen Hysterischen, welche nicht reagiren, wie das bei atrophischer Pharyngitis oft der Fall ist.

Digitized by Google

VII. Dr. H. Zwaardemaker (Utrecht): A. Qualitative Defecte des Geruchssinnes, und eine klinische Methode zur Auffindung derselben.

In der Literatur findet sich über diesen Gegenstand nur sehr wenig verzeichnet. Wo Beobachtungen gemacht worden sind, handelte es sich um ein Ausfallen bestimmter Geruchsempfindungen, z. B. derjenigen für Vanille, Reseda, ohne dass in der Auffassung anderer Gerüche eine Aenderung eingetreten war. Diese partiellen Geruchsdefecte haben eine grössere Analogie mit den Tonlücken der Ohrenheilkunde, als mit dem Daltonismus. Die fehlenden Geruchsqualitäten auf's Geradewohl aufzusuchen, wäre natürlich gänzlich verfehlt. In der Weise ist man nur im Stande, zufällige Beobachtungen zu sammeln, und ist man keineswegs sicher, das untersuchte Sinnesorgan in seinen Abweichungen von der Norm vollständig kennen zu lernen. Es ist nothwendig, methodisch zu verfahren. Leider besitzen wir ein natürliches System der Gerüche bis jetzt noch nicht. Ich habe es darum unternommen, das bekannte Systema odorum, welches im vorigen Jahrhundert von Linné für die damaligen Arzneistoffe entworfen wurde, zu einem solchen natürlichen System, das alle Gerüche zu umfassen hat, auszubilden. Mit Rücksicht auf die neueren chemischen Präparate wurden zwei Klassen hinzugefügt, so dass die ganze Zahl jetzt neun beträgt. Sämmtliche Klassen wurden einer Revision und einer Untervertheilung unterworfen. Dabei war blos die natürliche Verwandtschaft der Gerüche maassgebend. Dieselbe wurde nach den Angaben, die in der physiologischen Literatur und in der Technik der Parfumerie allmählig bekannt geworden sind, beurtheilt. Theoretisches, namentlich chemisches Raisonnement wurde hierbei auf's Sorgfältigste vermieden, ebenso meine eigenen subjectiven Empfindungen ganz bei Seite gestellt. Die neun Klassen sind: I. Odores aetherei (ätherische Gerüche), z. B. essigsaure und buttersaure Aethyläther; II. Odores aromatici (aromatische Gerüche, deren mehrere Subclassen zu unterscheiden sind), z. B. Campher, Citral (Aldehyde); III. Odores fragrantes (balsamische Gerüche, mit drei Subclassen), z. B. Iron (Keton), Cumarin (Lacton); IV. Odores ambrosiaci (Amber-Gerüche, mit zwei Subclassen), z. B. Moschus und Trinitrobutyltoluol; V. Odores alliacei (Allylkakodylgerüche, mit drei Subclassen), z. B. Schwefelammonium, Ichthyol; VI. Odores empyreumatici (empyrheumatische Gerüche), z. B. Theer, Creosot; VII. Odores hircini (Caprylgerüche), z. B. Essigsäure, Buttersäure; VIII. Odores tetri („Odeurs repressantes"), z. B. Coriandersamen, Opium; IX. Odores nauseosi (ekelhafte Gerüche), z. B. Scatolholz (Anagyris foetida).

Specimina wurden der Versammlung vorgelegt und eine Monographie über den Gegenstand in Aussicht gestellt (wird 1895 erscheinen).

B. Gradenigo'sche Hörfelder.

Ich habe das Gradenigo'sche Hörfeld bis zur oberen und unteren Tongrenze vervollständigt. Dasselbe wird in folgender Weise in ein Coordinatensystem eingetragen. Auf der Achse der Abscissen werden die verschiedenen Töne der menschlichen Tonleiter ausgesetzt. Wenn für jeden Halbton ein Mm. reservirt wird, misst die ganze Leiter in der Jugend 132 Mm., im Greisenalter weniger (vergl. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. der Sinnesorgane, Bd. VII, S. 10). Auf der Achse der Ordinaten

Digitized by Google

wird die Gehörschärfe abgesetzt, welche mit Stimmgabeln an mehreren Punkten der Tonleiter bestimmt wird (vergl. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, Bd. XXIV). Der Raum, welcher von der Abscissenachse und von der die Spitzen der Ordinaten vereinigenden Curve umgrenzt wird, bildet das Hörfeld, dessen Grösse das Maass der „summarischen" Gehörschärfe ist. Ich zeige Ihnen eine Anzahl solcher Hörfelder, welche drei Rubriken angehören: a) solche von Leidenden an Sclerose. Die hohen Töne sind sehr gut erhalten, die unteren Octaven jedoch ganz verloren gegangen. Beim Uebergang des Processes auf das ovale Fenster leiden auch die hohen Töne; b) Hörfelder bei Labyrinthaffectionen, wodurch Bekanntes bestätigt gefunden wird; c) Hörfelder bei grösseren Trommelfelldefecten. Diese bieten bemerkenswerthe Analogien mit den Hörfeldern der Sclerose, zugleich aber interessante Verschiedenheiten. Diese Untersuchung soll in grösserem Maassstabe fortgeführt werden. In jedem Falle wurde vorher am Harmonium, nach unten mittelst Moos-Appunn'scher Stimmgabeln, nach oben mittelst König'scher Klangstäben, auf Tonlücken untersucht.

VIII. Dr. W. Schutter (Groningen): A. Ein Fall von Atresia choanae congenita.

Ich zeige Ihnen Gipsabgüsse der äusseren Nase, der Choanen und des Oberkiefers eines 59jährigen Mannes mit angeborener Atresie der rechten Choane. Am Abguss der Nase sehen Sie, wie das rechte Nasenloch in beiden Dimensionen kleiner ist, als das linke. Der linke Nasenflügel ist gewölbt, der rechte etwas eingesunken. Der Abguss der Choanen zeigt, dass die Atresie 1 Ctm. vor der Choanal-Fläche liegt. Die Fläche der Atresie ist etwas kleiner, als die Choane, der Raum also leicht trichterförmig. Die Entfernung der Tuben beträgt 24 Mmtr.; das Septum befindet sich in der Medianlinie. Die Höhe der Choane ist links 17, rechts 20 Mm.; die Breite links 10, rechts 8 Mm. Der untere Choanalrand steht rechts tiefer als links. Die Verengerung der rechten Choane wird durch eine abnorme, nach innen gerückte Stellung der lateralen Choanalwand verursacht. Am Abguss des Oberkiefers ist ersichtlich, dass der Gaumen ein wenig stärker als normal gewölbt ist; der Kiefer ist leicht elliptisch, das Gebiss complet und regelmässig. Während der zweiten Zahnperiode muss also die gesunde Nasenseite gut durchgängig gewesen sein. Dieses Diagramm des Schädelumfanges unseres Patienten zeigt, dass derselbe sehr symmetrisch ist. Aus alledem geht hervor, dass die Folgen, welche Ziem einer Verschliessung der einen Nasenhälfte in den ersten Lebensjahren zuschreibt, bei diesem Kranken fehlen. Ich habe mittelst bipolärer Electrolyse durch die Nase in einer Sitzung die knöcherne Atresie perforirt und werde demnächst diese Perforation noch erweitern.

Auf eine diesbezügliche Frage von Dr. Cohen Tervaert antwortet S., er habe den Abguss der Nasenrachenhöhle mit Hilfe eines Zahnarztes, nach Cocainisation, mittelst eines mit Gummi armirten, gebogenen Stabes dargestellt.

Prof. Guye: Ich habe in einem ähnlichen Falle unter Cocain-Anästhesie mit dem Meissel eine gute Perforation gemacht und für die Nachbehandlung elastische Röhren verwendet.

Digitized by Google

B. Ein Fall von diagnosticirter doppelseitiger Posticusparalyse.

Sie sehen hier den Kehlkopf eines Mannes, der in seinem 13. Jahre eine Halsentzündung durchgemacht und sich im vorigen Jahre wegen Stridor in der Poliklinik zeigte. Laryngoscopisch wurde eine doppelseitige Posticusparalyse mit inspiratorischer Adduction der Stimmbänder diagnosticirt; es bestand weder Hyperämie noch Schwellung. Ich brachte diese Paralyse mit der putriden Bronchitis, an welcher Pat. litt, in Zusammenhang und stellte mir vor, dass Lymphdrüsen die Recurrentes comprimirten. Der Luftröhrenschnitt wurde mit gutem Erfolg gemacht. Ein Jahr später erlag Pat. einem Erysipelas. Das Präparat, welches ich Dr. Rotgans verdanke, besteht aus der rechten Hälfte der Zunge, des Rachens und des Kehlkopfes und einem Theil der Trachea und der Speiseröhre und ist in Wickersheimer'scher Flüssigkeit aufbewahrt. Sie sehen hier eine bedeutende Verengerung der Trachea und des Oesophagus unmittelbar unter dem Ringknorpel. Der Gesammtumfang ist an dieser Stelle kaum halb so gross, als einige Ctm. tiefer. Unter dem Cricoid, etwas nach rechts, existirt eine ovale, 3/4 bis 1/2 Ctm. grosse Perforation zwischen Oesophagus und Trachea, welche innig miteinander verwachsen sind. Die Schleimhaut von Trachea und Oesophagus ist um diese Perforation herum strahlenweise angeordnet. Unmittelbar oberhalb der Fistel hängt in der Speiseröhre, sehr beweglich, an einem 1 1/2 Ctm. langen Stiel, eine kleine Schleimhautgeschwulst, welche die Fistel vollständig abzuschliessen vermag. Es ist klar, dass in Folge dieses Umstandes bei Lebzeiten die Speisen nicht in die Luftröhre gerathen sind. An den Kehlkopfmuskeln war keine Atrophie nachweisbar. Die Störung in der Abduction der Stimmbänder ist also die blosse Folge einer mechanischen Fixation der Giesskannen gewesen.

Dr. Burger: Es ist bemerkenswerth, dass diese Fixation keine Atrophie der Postici erzeugt hat. Vor Jahren hat Sidlo einen ähnlichen Fall beschrieben, wo die Abduction durch eine Narbe an der hinteren Larynxwand verhindert war; allein hier zeigten sich p. m. die Postici atrophisch. In dem mitgetheilten Falle spricht die perverse Bewegung der Stimmbänder für die Existenz einer Posticusparalyse.

Dr. Schutter: Die Postici sind von Prof. Rotgans, allerdings nur macroscopisch, untersucht worden, und er hat kein Zeichen von Atrophie an denselben constatirt.

Dr. Posthumus Meyes: Die inspiratorische Adduction kann einfach durch Ansaugung verursacht werden, wie ich in zwei Fällen von doppelseitiger Posticuslähmung deutlich habe wahrnehmen können.

C. Ein Präparat von Lues pharyngis.

Dieses Präparat stellt einen Schnitt aus dem Rand eines Rachengeschwürs dar und zeigt das Bild eines typischen Carcinoms. Nachdem dieses Ergebniss nach der Probe-Excision erhalten war, habe ich den Pat. als inoperabel in seine Heimath geschickt und von seinem Arzte ut aliquid fiat Jodoform-Einblasungen machen lassen. Der Patient aber ist vollständig geheilt, das Geschwür vernarbt. Ich habe darauf das Präparat noch einmal Prof. Reddingius unterbreitet, der an der histologischen Diagnose Carcinom festhalten musste. Ich betrachte jetzt den Fall als Lues und möchte empfehlen, bei inoperablen Carcinomen, auch

Digitized by Google

wenn die microscopische Untersuchung die Diagnose bestätigt, auf eine antiluetische Therapie nicht zu verzichten.

Dr. Zwaardemaker: Solch' eine Therapie ist aber nicht unschuldig, Wenn die Diagnose Carcinom feststeht, ist meiner Ansicht nach eine specifische Therapie contraindicirt.

Prof. Pel: Bei ulcerativen Processen im Mund und Rachen ist, auch nach einem negativen Resultat einer specifischen Cur, in Bezug auf die Diagnose die grösste Vorsicht geboten. Ich behandelte ein Mädchen mit einem ausgedehnten Destructionsprocess im Mund und Pharynx, wo, nach fortgesetzter Anwendung grosser Dosen Jod, die Diagnose auf Tuberculose gestellt wurde und wo später einige wenige Quecksilber-Injectionen eine überraschende Heilung mit ausgedehnter Narbenbildung herbeiführten.

Dr. Sikkel: Auch das Gegentheil wird beobachtet, wo nämlich das Quecksilber im Stich lässt und Jodetum kalicum zur Heilung führt. Eine abwechselnde Therapie mit diesen beiden Mitteln verdient daher in hartnäckigen Fällen Empfehlung.

Dr. ten Siethoff: An Stellen, wo Pflasterepithel vorkommt, begegnet oft die microscopische Diagnose grossen Schwierigkeiten. Die Wucherung dieses Epithels sieht mitunter Carcinom täuschend ähnlich. Ich habe Präparate von Partikeln, welche bei Kehlkopftuberculose entfernt worden waren, gesehen, welche durchaus das Bild von Carcinom ergaben. Auch Pachydermie wird leicht mit Carcinom verwechselt.

IX. Dr. A. Sikkel (Utrecht): **A. Ein Fall von Lymphoma carcinomatosum.**

Der Fall, über welchen ich zu berichten habe, betrifft eine 46jähr. Bäuerin, welche seit langer Zeit an Kopfschmerzen, Nasenverstopfung und Epistaxis leidet. Sie ist schwach und abgemagert. Die linke Nasenhälfte ist mit einer rosarothen, maulbeerähnlichen, leicht blutenden Masse, welche am Septum ihren Ausgangspunkt zu haben scheint, ausgefüllt. In der rechten Nasenhälfte befindet sich am Septum eine kleinere, scharf umschriebene Geschwulst. An einem der linken Seite entnommenen Fragment fand Dr. de Haan atypische Epithelzellen, daneben aber viele Lymphzellen, welche der Geschwulst einen gemischten Character verleihen. In Anbetracht der Blutungen, des Kopfschmerzes, der Verstopfung und des zunehmenden Verfalles entschloss ich mich zur Operation. Dieselbe wurde mit der Glühschlinge, und zwar auf der rechten Seite sehr leicht ausgeführt, während links eine beftige Blutung eintrat. Später zeigte sich das Septum durchbohrt und die Schleimhaut des Nasenbodens afficirt. Mit dem Zirkelmesser auf der zahnärztlichen Bohrmaschine, mit dem scharfen Löffel, dem Galvanocauter und dem Meissel wurde alles Verdächtige entfernt. Zu beiden Seiten blieb nur ein schmaler Rand der Scheidewand zurück. Die anfänglich durch Blutungen oft unterbrochene Behandlung dauerte sechs Wochen. Sechs Wochen, nachdem die Kranke entlassen worden, zeigte sie sich bedeutend gebessert; der Kopfschmerz und das Gefühl von Schwäche waren verschwunden; das Körpergewicht hatte zugenommen. Ich zeige Ihnen hier die exstirpirte Tumormasse und die microscopischen Präparate. Seit der Behandlung sind jetzt ungefähr 10 Wochen vergangen; ein Recidiv hat sich noch nicht gezeigt.

Digitized by Google

B. Otitis externa duplex.

Ein 9jähriges Mädchen erhielt, nachdem sie gerade eine typhöse Krankheit durchgemacht hatte, beiderseitiges Ohrenbluten. Zwei Tage später constatirte ich eine hochgradige Taubheit und in beiden Gehörgängen, in den Ohrmuscheln und auf dem Kopf zahllose Furunkel. Dieselben wurden incidirt, die Gehörgänge mit Jodoformgaze, der Kopf mit Sublimat behandelt. Auch entstanden noch Furunkel in der Lendengegend. Nach drei Wochen wurde Pat mit normaler Hörschärfe geheilt entlassen.

C. Ein Fremkörper im äusseren Gehörgang.

Bei einem 22jährigen Mädchen entfernte ich einen Kirschkern aus dem Gehörgang, der während 15 Jahren niemals Beschwerden verursacht hatte, dann aber plötzlich unerträgliche Ohrenschmerzen herbeiführte. Der Kern sass sehr tief; Instrumente konnten nicht an ihm vorbeigeführt werden. Da habe ich dieses Instrument angefertigt. Dasselbe besteht aus einem Röhrchen, welches mit einem Trichterchen armirt ist; der breite freie Theil des Trichters trägt ein mittelst eines kleineren Trichterchens befestigtes Kautschukplättchen. Das Instrument wurde in Oel getaucht und auf den Kern gestellt. Ich konnte nun durch Ansaugung durch die Röhre den Kern soweit dislociren, dass derselbe für Instrumente zugängig wurde und sich extrahiren liess.

X. Dr. E. G. A. ten Siethoff (Deventer): A. Reflex-Epilepsie nasalen Ursprunges.

Ich habe zwei evidente Fälle behandelt. Der erstere betrifft einen 38jährigen Herrn, welcher seit 20 Jahren an Epilepsie litt. Die Anfälle wurden immer heftiger und dauerten immer länger; sie gingen mit vollständiger Bewusstlosigkeit, mit Zungenbeissen und tonischen Krämpfen der Extremitäten einher. Rhinoscopisch fand ich eine Hypertrophie der unteren und mittleren Muscheln und eine Leiste an der knorpeligen Scheidewand. Ich verschrieb Cocain, welches Mittel ich der Frau des Kranken in 10procent. Lösung in die Nase appliciren lehrte und womit es stets gelang, den Anfall zu coupiren. Als dieser Effect constatirt war, tractirte ich die Nasenschleimhaut mit dem Galvanocauter. Der Erfolg war, dass bereits seit zwei Jahren die Anfälle sich nicht mehr gezeigt haben und Pat. sich einer ungestörten Euphorie erfreut.

Der zweite Pat. ist ein 33jähriger Mann. Er scheint bereits längere Zeit an leichteren Anfällen von Epilepsie zu leiden; im Januar 1892 bekam er den ersten heftigen Anfall, welcher mit einer entsetzlichen Gestank-Empfindung einsetzte und wobei er die Treppe herunterstürzte. Der Gestank blieb ihm noch eine Woche lang bei. Seitdem hat er jede 5., später jede 3. Woche ähnliche Anfälle gehabt, welche immer mit einer olfactorischen Aura, welche mitunter 4 Tage dauerte, einhergingen. Dazu Anosmie. Die rechte Nasenhälfte war durch Schleimhautschwellung gänzlich verlegt. Als ich behufs Untersuchung ein Cocain-Tampon einführte, änderte sich plötzlich der Gesichtsausdruck des Kranken, der mittheilte, dass der Gestank plötzlich verschwunden sei. Die rechte untere Nasenmuschel war hypertrophisch und über ihrer ganzen Länge mit der Scheidewand verwachsen. Die Breite dieser Synechie betrug 2 Mm. Die mittlere Muschel war gleichfalls hypertrophisch und im hinteren Theil mit dem Septum verwachsen. Auf dem letzteren befand

Digitized by Google

sich etwas höher als die untere Concha eine umschriebene, weiche Schwellung. Die Hypertrophien und Synechien wurden entfernt. Diese Behandlung nahm eine ziemlich lange Zeit in Anspruch. Seitdem aber die Verhältnisse in der Nase normale geworden sind, ist die Epilepsie verschwunden. Nur hat Pat. bisweilen noch Andeutungen vom früheren Gestank. Das ganze Auftreten des Pat. ist ein anderes geworden.

B. Nasenrachenpolyp.

Der Polyp, den ich Ihnen vorlege, ist bei einem 13jährigen Knaben entfernt worden und misst 7,5 bei 5 Ctm. Microscopisch zeigt er das Bild einer Flimmerhaare tragenden, mit mehrfach geschichtetem Epithel bedeckten adenoiden Bindegewebsgeschwulst. Der Pat. hatte die letzten 1½ Jahre nicht schlafen können, weil er unaufhörlich durch den in den Larynx herabsinkenden Tumor aufgeschreckt wurde. Berührung des Kehldeckels mit der Sonde löste keine Reflexe aus, offenbar weil derselbe an Reize gewöhnt war. Die Nasenrachenhöhle war gänzlich ausgefüllt. Ich habe die Geschwulst, welche am hinteren Theil der rechten mittleren Nasenmuschel ihren Ausgangspunkt hatte, mittelst der durch die Nase eingeführten und dann vom Munde aus um den Tumor emporgeschobenen Glühschlinge entfernt. Auch habe ich die Nase des Pat. von 50 Polypen befreit.

XI. Prof. Guye: Choanal-Polypen.

Ebenso wie die Nasenpolypen, soll man die Choanalpolypen nur mit der kalten Schlinge, nicht auf galvanocaustischem Wege operiren. Durchschneidet man einen Polyp mit der Glühschlinge, so entfernt man denselben immer nur theilweise und lässt gewöhnlich den grösseren Theil zurück. Für die Operation der Choanalpolypen ist in den meisten Fällen die bimanuelle Extraction am geeignetsten. Ich führe dazu die Wildesche Schlinge durch die Nase ein, dann führe ich den rechten Zeigefinger durch den Mund in die Nasenrachenhöhle ein, wo ich sehr leicht die Schlinge auffinde, in welche ich dann ein Stück des Polypen einzuführen versuche. Dann schnüre ich mit der anderen Hand die Schlinge zu und extrahire den Polypen. Dieser Handgriff ist mir fast immer gelungen, auch in Fällen, wo von Collegen auf galvanocaustischem Wege längere Zeit wiederholt kleine Fragmente vom Tumor abgetragen worden waren. Hier sehen Sie einige Choanalpolypen, welche alle auf diese Weise entfernt worden sind. Nur bei diesem harten, glatten, abgerundeten Polypen, welcher dem hinteren Rand des Septums aufsass, ist mir die bimanuelle Extraction nicht gelungen, weil die Schlinge jedesmal auf der glatten hinteren Fläche des Polypen entschlüpfte. An einem Tage gelang es mir bei der Fingeruntersuchung, die Insertion an dem hinteren Rand des Septums zu lösen; der Tumor wurde dann vom Pat. per os entfernt. In seltenen Fällen kommt es vor, dass die Stahlschlinge in der Nase, gewöhnlich durch Abweichungen am Septum, aufgehalten wird, so dass man Mühe hat, die Schlinge hinter den Polypen zu bringen. Für diese Fälle habe ich einen Schlingenführer anfertigen lassen, eine biegsame Silbersonde, dessen stumpfes Ende mit einer abgerundeten Grube versehen ist. Mit dieser Grube wird die Schlinge gefasst und vorgeschoben. — Dieses Häkchen dient dazu, eine andere, gleichfalls seltene Schwierigkeit zu überwinden, diese nämlich, dass man glaubt, den Polypen in der Schlinge gefangen zu haben, während derselbe beim Zuschnüren der

Digitized by Google

Schlinge entschlüpft. Das Häkchen, welches mit einem Draht versehen ist, wird in den Tumor eingehakt. Wenn man die Schlinge zuschnürt, wird zu gleicher Zeit ganz leise an dem Draht gezogen, wodurch der Polyp am Entschlüpfen verhindert wird.

XII. Dr. Posthumus Meyes demonstrirt eine ausserordentlich grosse Pharynxmandel, welche er bei einem 7jähr. Knaben mittelst des Gottstein'schen Messers in toto abgetragen hat. Das Spiritus-Präparat misst noch 17 bei 22 und 29 Mm. und wiegt 5 Grmm. Auch zeigt er mehrere Röhrchen für die Nachbehandlung der alveolaren Anbohrung der Kieferhöhle.

XIII. Dr. A. C. H. Moll (Arnheim) zeigt ein Otoscop, dessen für den Patienten bestimmtes Stück aus Glas gemacht ist, und aus zwei Theilen besteht. Die Olive kann sehr leicht aus dem anderen Theil herausgenommen werden. Von diesen Oliven, welche sich äusserst leicht desinficiren lassen, soll man eine grössere Anzahl besitzen, damit für jeden Patienten ein reines Instrument benutzt wird. Ferner zeigt er einen Meissel für die Stacke'sche Operation, nämlich für die Abtragung der äusseren Wand des Atticus. M. hat an Stacke's Meissel einen verstellbaren, geradwinkligen Griff machen lassen.

Im Namen der Versammlung sagt Dr. Zwaardemaker dem Vorsitzenden Dank.

Als Ort für die nächste Zusammenkunft wird Arnheim vorgeschlagen.

H. Burger.

II. Kritiken.

Stereoscopischer Atlas des menschlichen Ohres nach durchsichtigen, macroscopischen Präparaten. Von Privatdocent Dr. L. Katz, Berlin. (Verlag von August Hirschwald in Berlin. 1895.)

Bekanntlich ist es Herrn Dr. Katz gelungen, ein Verfahren zu entdecken, durch welches es gelingt, die wesentlichsten Theile des mittleren und inneren Ohres durchsichtig zu machen und durch entsprechende Nervenfärbung einen klaren Einblick auch in die feineren topographisch-anatomischen Verhältnisse des Ohres zu ermöglichen. Eine Reihe solcher höchst lehrreicher Präparate wurde nun von Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Gustav Fritsch stereoscopisch aufgenommen und diese höchst gelungenen Bilder geben den Inhalt des vorliegenden Werkes.

Zehn Aufnahmen versinnlichen die macroscopische Anatomie des Hörorgans in geradezu eminenter Weise, so dass dieser Atlas nicht blos für den Autodidacten höchst erwünscht sein, sondern auch dem Lehrer, wenn ihm selbst natürliche Präparate zu Gebote stehen, ein höchst willkommenes Hilfsmittel beim Unterrichte abgeben wird.

So reiht sich dieses schöne Werk dem von demselben Autor früher erschienenen und in dieser Monatsschrift besprochenen microphotographischen Atlas über das Hörorgan in würdiger Weise an und wird sich gewiss der gleichen, höchst freundlichen Aufnahme wie der frühere zu erfreuen haben.

Die Verlagsbuchhandlung hat das Werk des verdienstvollen Verfassers in schönster Weise ausgestattet und verdient dafür die vollste Anerkennung.

Gruber.

Digitized by Google

Die Lehren von den Functionen der einzelnen Theile des Ohrlabyrinths. Zusammengestellt von Dr. Stanislaus von Stein, Privatdocent an der Kaiserl. Universität zu Moskau. Aus dem Russischen übersetzt, für die deutsche Ausgabe bearbeitet und herausgegeben von Dr. C. von Krzywicki, Privatdocent der Laryngologie und Otiatrie an der Kgl. Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr. Mit 190 Abbildungen im Texte. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1894.

In dem vorliegenden Werke hat es der verdienstvolle Verfasser unternommen, ein möglichst vollständiges Material für die Frage von den Functionen des Labyrinthes zu sammeln und systematisch zu ordnen.

Zunächst giebt er einen Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung in den Vorstellungen über die Functionen des inneren Ohres, wobei er 3 Perioden annimmt: 1) bis zu Cotugno's Entdeckung der Labyrinth-Flüssigkeit (1760), 2) bis zur Entdeckung des Corti'schen Organes (1851), 3) bis auf die Neuzeit, wobei er namentlich in ausserordentlich interessanter Weise mit Citaten und Reproductionen von Original-Abbildungen die Literatur aller diese Fragen betreffenden Arbeiten aus früherer Zeit anführt. Im Theile, worin Verf. die Forschungen über die Functionen der Schnecke, der Maculae des Vorhofs und der Cristae der halbkreisförmigen Canäle bespricht, wird zunächst ausführlich auf diejenigen Autoren hingewiesen, welche als Begründer irgend einer neuen Idee gelten können; daran reihen sich Inhaltsangaben der Arbeiten, welche Einwendungen enthalten, die für oder gegen diese Theorie erhoben worden sind aus dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, experimentellen Pathologie, Anthropologie, Psychophysiologie u. s. w. Mit ausserordentlichem Fleisse wurden speciell alle diejenigen Arbeiten zusammengestellt, welche die Function der Semicircularcanäle betreffen, die Gleichgewichtsstörungen nach Reizung oder Verletzung der Bogengänge bei Fischen, Amphibien, Vögeln, Säugethieren, die Beobachtungen über labyrinthären Schwindel, und die Hypothesen zur Erklärung dieser Erscheinungen.

Der letzte Theil des Buches beschäftigt sich mit den Methoden, deren man sich bei der Untersuchung all' dieser Fragen bedient, mit Uebersicht über die topographische Lage der verschiedenen Theile des Labyrinthes bei einigen Fischen, bei Fröschen, Vögeln und Säugethieren, und ausführlicher Mittheilung über die Methodik der Versuche an den Bogengängen (Zerstörung, Durchschneidung, mechanische, electrische Reizung etc.), über die Durchschneidung des N. acusticus. Im letzten Capitel behandelt der Verfasser die Erscheinungen, aus denen man auf Schallempfindungen der Thiere schliessen darf.

Das Buch ist der erste Versuch einer Zusammenstellung von Thatsachen, die wir über die Function des Labyrinthes besitzen. Es enthält eine solche Fülle von wichtigen Daten, dass Jeder, der sich über diese Fragen orientiren will, dem Verfasser für dieses mit ausgezeichnetem Fleisse und Eifer zusammengestellte Werk dankbar sein wird.

Herr Dr. Krzywicki hat sich mit der Uebersetzung dieses Werkes unter gleichzeitiger Ergänzung und Zusätzen ein grosses Verdienst erworben.

Druck und Ausstattung des umfangreichen Buches (697 Seiten) sind vorzüglich. Dr. Kaufmann.

Digitized by Google

Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. Eine klinische Studie von Dr. Hermann Kuhnt, ordentl. Professor der Augenheilkunde in Königsberg. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.

Der Verfasser, durch viele wichtige ophthalmologische Arbeiten bei seinen Fachcollegen rühmlichst bekannt, giebt uns hier eine Arbeit, die in erster Linie das Interesse der Rhinologen erregen muss und sicher auch erregen wird.

Liegt doch eine klinische Studie vor, die ein Gebiet der Rhinologie bearbeitet, das bis jetzt noch sehr brach lag. Die Bearbeitung ist, um das vorauszuschicken, eine derartige, dass man auf jeder Seite sieht, dass Verfasser nicht nur ein guter Ophthalmologe ist, sondern auch das Gebiet der Rhinologie und allgemeinen Medicin und deren Gesammtliteratur vollständig beherrscht.

Der in dem Vorwort ausgesprochene Gedanke, dass dem Rhinologen in der Arbeit einiges Neue geboten sei, ist zu bescheiden. Ref. glaubt vielmehr, dass Jeder von uns in der Arbeit viel Neues finden und sein diagnostisches und therapeutisches Können erweitern wird. Ebenso wird es den Augenärzten und den practischen Aerzten gehen, wenn sie sich für dieses Gebiet interessiren, wie es ihre Pflicht ist.

Die Hauptcapitel der 267 Druckseiten ausfüllenden Arbeit behandeln

1) das klinische Bild,
2) die ätiologischen Momente,
3) die pathologische Anatomie,
4) die Diagnose,
5) die Complicationen:
   a) an der Augenhöhle und dem Sehorgan,
   b) am Gehirn,
6) die Therapie,
7) die Krankengeschichten.

Wenn dem Rhinologen etwas an der Arbeit auffällt, so ist es hauptsächlich der Umstand, dass der vorliegenden Arbeit eigentlich nur ganz schwere Fälle zu Grunde liegen, Fälle, wie sie dem Rhinologen gewöhnlich sehr selten zu Gesicht kommen. Der Verfasser betont dies auch gleich zu Beginn der Arbeit: er sagt, er habe den nachhaltigen Eindruck gewonnen, als ob zwischen dem Material kranker Stirnhöhlen, welches den Rhinologen, und demjenigen, welches den Ophthalmologen frequentirt, ein wesentlicher Unterschied bestehe. „Bei unseren Kranken," führt er aus, „lagen gewöhnlich bedeutende subjective Beschwerden mit geradezu charakteristischen Klagen und die Neigung zu Complicationen vor, es handelte sich, wie die weitere Darstellung lehren wird, fast nur um schwere Fälle. Die Nasenerkrankung tritt ganz oder doch sehr bedeutend in den Hintergrund. Dieser Species nun ist die grosse Zahl jener in der Regel viel sanfter und milder verlaufenden Sinuitiden gegenüberzustellen, deren Klagen, abgesehen von der mehr oder weniger markirten chronischen Eingenommenheit des Kopfes, vorwiegend in dem Eiterfluss aus der Nase und in der häufigen Verstopfung dieser gipfeln. Naturgemäss suchen alle diese den Nasenarzt und nur ganz zufällig und ausnahmsweise mal den Augenarzt auf. Die Schilderungen der Leiden der Stirnhöhlen werden sich deshalb begreiflicher Weise etwas ver-

Digitized by Google

schieden gestalten, um nicht zu sagen gestalten müssen, je nachdem sie von dieser oder jener Seite erfolgen."

Wenn wir auf die Einzelheiten der Arbeit eingehen, so finden wir in erster Linie, dass diese Erkrankungen durchaus nicht selten sind. Der Verfasser fand bei 24 seiner Patienten, in 0,29 pCt. aller seiner Fälle, die entzündlichen Erkrankungen des Sinus frontalis.

Meistens, meint er, werden diese Fälle aber nicht richtig diagnosticirt. Nach der bisher üblichen ophthalmologischen Nomenclatur wären, sagt er, von diesen 24 Fällen z. B. 13 als Supraorbitalneuralgien aufgefasst worden, einige andere als Periostitis des oberen Margoorbitalis mit Lid- und Orbitalphlegmone etc. Der Verfasser unterscheidet die Sinuitis catarrhalis acuta und chronica, ebenso die Blennorrhoica und Pyorrhoica. Die Diagnose Empyem reservirt er für alle die Fälle, wo eine wirkliche Eiterabsackung vorliegt, Hydrops oder Mucocele nennt er die Schleimabsackungen. Von Stirnhöhlenabscessen spricht er, wenn neben der Eiter- oder Schleimabsackung eine Gewebsnecrose vorliegt.

Unter den ätiologischen Momenten führt der Verfasser in erster Linie die individuelle Prädisposition an: Diese individuelle Prädisposition wird seiner Meinung nach durch den anatomischen Bau des Gesichtsskeletts, insbesondere der Nasenhöhle, gegeben und beruht in der Grössenentwicklung und Form der Sinus frontales, in der Configuration der Ductus naso-frontales und in dem Verhalten des Septum.

In diesem Kapitel auf Seite 17 findet sich, nebenbei bemerkt, einer der wenigen Druckfehler der ganzen Arbeit: auf der vorletzten Linie soll es statt Bulba natürlich Bulla heissen. Alle primären Entzündungen beruhen nach dem Autor auf Infection; überhaupt, sagt Kuhnt, sind bei den sogen. Infectionskrankheiten sehr häufig die Nebenhöhlen der Nase miterkrankt. Die Heilung soll nach dem Verf. meist durch Abfluss des Secretszu Stande kommen. Ref. ist jedoch der Ansicht, dass die Resorptionsfähigkeit der Schleimhaut dabei eine nicht geringe Rolle spielt.

Bei der Frage des Einflusses der Polypen auf die Nebenhöhlenerkrankungen ist der Verfasser auf Seite Derjenigen, welche die Polypen meistens für Folgen der Nebenhöhlenerkrankungen halten.

Interessant ist die Beobachtung des Verfassers, dass bei der Mehrzahl der Fälle, welche wegen Eiterung operirt werden mussten, der Sinus eine ungewöhnliche Grösse hatte. Diese Beobachtung deckt sich mit den Erfahrungen der Ohrenärzte bei Warzenfortsatzerkrankungen.

Den Ductus naso-frontalis fand der Autor bei seinen 15 operirten Fällen 4 Mal völlig frei, 3 Mal war er ventilartig am Boden des Sinus verlegt, 2 Mal war das Lumen einfach zugeschwollen und nur 4 Mal war es für die Sonde unwegsam. Einmal fand Verf. ganz unzweideutig den Fränkel'schen Pneumococcus im Secret.

Als Prädilectionsstellen der begleitenden Knochenerkrankungen fanden sich mit einer gewissen Regelmässigkeit die Punkte, an denen Venenstämmchen die Knochensubstanz durchsetzen.

Die Diagnose stellt Kuhnt hauptsächlich bei Schmerzhaftigkeit der vorderen und unteren Knochenwand. Er fand sie unter seinen 15 operirten Fällen 14 Mal sehr ausgeprägt, 1 Mal mässig.

Dass aber viele Stirnhöhlenerkrankungen ohne dieses Symptom verlaufen, wissen die Rhinologen (Referent).

Digitized by Google

Kuhnt legt natürlich auch grossen Werth auf die rhinologische Untersuchung, glaubt aber nicht, dass nur diese von entscheidender Bedeutung sein soll; er benützt zu der Diagnose immer auch die Durchleuchtung, natürlich mit entsprechender Reserve. Den Schmerz, speciell in der Gegend des Nervus supraorbitalis, hält er für so wichtig, dass er sagt, bei jeder Supraorbitalneuralgie ist an die Möglichkeit einer primären Sinuserkrankung zu denken.

Unter den Complicationen der Erkrankungen des Sinus erwähnt Kuhnt in erster Linie die secundären Leiden des Sehorganes, die nach ihm gar nicht selten vorkommen und schwerwiegende Folgen haben. Ich gehe hier auf die ausführlichen interessanten Mittheilungen des Verfassers nicht ein; nur anführen will ich, dass er bei seinen Stirnhöhlenkranken häufig eine Veränderung der gleichseitigen Papille fand. Gewöhnlich sah er leichte Hyperämie, eventuell verbunden mit einer Verbreiterung und Schlängelung der Venen. Sehr häufig fand er auch Gesichtsfeldbeschränkungen.

Die Erklärungen und Theorien, die der Verfasser in diesem Kapitel giebt, sind nicht nur für Augenärzte, sondern für alle Aerzte von grösstem Interesse, müssen aber im Original nachgelesen werden.

Im Laufe seiner Besprechungen theilt der Verfasser mit, er hätte bei allen Empyemen des Antrum Highmori die Basis des Processus frontalis des Oberkieferbeines bei Druck empfindlich gefunden und will dieses Symptom bis zu einem gewissen Grade charakteristisch bei diesem Empyem halten. Referent möchte hierzu bemerken, dass er erst gestern einen ausgesprochenen Fall von Empyem des Antrum Highmori untersuchte, der dieses Symptom nicht zeigte.

Von grösstem Interesse und ein Beweis des umfassenden Literaturstudiums des Verfassers ist die Zusammenstellung von 17 Fällen von Exitus letalis in Folge von Stirnhöhlenempyem und deren eingehende Besprechung. 14 dieser Fälle führten zum Tod in Folge von Perforation der hinteren cerebralen Sinuswand, zwei in Folge von Thrombophlebitis der Vena ophthalmica.

Bei der Therapie spricht sich Kuhnt für energisches Vorgehen aus; er ist für baldige Eröffnung von aussen und principiell für eine Verödung der ganzen Sinusschleimhaut. Er entfernt also principiell die ganze vordere Sinuswand und die gesammte kranke Schleimhaut. Kuhnt heilte auf diese Weise in etwa 4—6 Wochen (!! Ref.) seine Fälle, und wie er ausdrücklich betont, mit sehr gutem kosmetischen Erfolg. Es sind das Resultate, welche, es wird das Jeder zugeben, geradezu grossartig sind. Die Einzelheiten der Operationsmethoden müssen natürlich im Werke selbst gelesen werden.

Zum Schluss folgen die ausführlichen eigenen Krankengeschichten des Autors.

Die ganze Arbeit zeugt von einer bedeutenden Beherrschung des Gebiets in practischer wie in theoretischer Beziehung; die Literaturkenntniss ist, wie schon bemerkt, staunenswerth. Als eine der Einzelheiten möchte Referent nur noch erwähnen, dass der Verf. nachweist, dass die Cooper'sche Methode der Eröffnung der Highmorshöhle vor Cooper schon von Meibom und die Desault'sche vor Desault von Lamorier angegeben wurde. Weil.

Digitized by Google

III. Referate.

a) Otologische:

Ueber acustische Uebungen zur Verbesserung der Hör- und Sprechfähigkeit. Von Dr. R. Coën in Wien. (Wiener med. Wochenschr. No. 5, 1894.)

Da Verf. hoffnungslos Taube oder Taubstumme zum Unterrichte übernimmt, behandelt der Artikel jene Fälle, wo mit mehr minder starker Schwerhörigkeit und consecutiver totaler oder partieller Sprechunfähigkeit allgemeines Stammeln vorhanden war. Verf. hat nun durch acustische Uebungen stets die Sprechfähigkeit gebessert, und zwar nicht allein durch Gymnastik des Geistes und der Sprechwerkzeuge, sondern auch mittelst Uebung des Gehörsinns. Die sehr einfache Methode des Verf.'s besteht darin, dass z. B. die Silbe ba so lange in's Ohr gesprochen wird und zwar von entsprechender Entfernung, bis dieselbe correct wiederholt wird; dann entfernt sich der Verf. vom Patienten immer mehr und mehr und fährt so lange fort, sich vom Patienten zu entfernen, bis die Hördistanz zwischen ihm und dem Uebenden eine ziemlich normale Grenze erreicht hat, wozu ungefähr 8—12 Wochen erforderlich sind. So werden alle Silben geübt, dann leichte Wörter, dann schwere und schliesslich kleine Sätze, welche dem Bildungsgrade und dem Alter des Betreffenden entsprechen. Es folgen dann in langsamer, aber stetig fortschreitender Reihe kleine Geschichten, Erzählungen u. s. w., welche den Geist wecken, das Gehör schärfen und die Sprachorgane geläufig machen. Selbstverständlich werden alle Uebungen derart gemacht, dass der Patient den Sprechenden nicht sehen kann. Lichtenberg.

Zur Diagnostik der Eiterungen im Processus mastoideus. Von Dr. J. Müller. (Wiener med. Wochenschr., No. 11, 1894.)

Auf Grundlage jahrelang fortgesetzter Beobachtungen empfiehlt Verf. die Anwendung des Gabritschewsky'schen Pneumatoscops, um die pneumatischen Verhältnisse des Warzenfortsatzes, beziehungsweise Diagnose von Eiteransammlungen im Proc. mast. zu erkennen. Die Methode basirt auf der physikalischen Erwägung, dass die Schallverhältnisse — hier die Fortleitung des Tones einer zum Klingen gebrachten Stimmgabel — andere sein müssen in den eitererfüllten Warzenzellen, als in den normal lufthaltigen. Das Pneumatoscop besteht im Wesentlichen aus einem Schallfänger, aus dessen Stiele zwei Schläuche abgehen, die an ihrem Ende mit je einer Olive versehen sind. Die Anwendung des Apparates geschieht folgender Weise: Der Patient setzt den Schallfänger an den geöffneten Mund und hält während der Dauer der Auscultation den Athem an. (Dies aus dem Grunde, weil das Athemgeräusch den Untersuchenden sehr belästigt.) Die Oliven des vom Schallfänger abzweigenden Otoscops kommen in beide Ohren des untersuchenden Arztes. Dieser setzt nun eine C_2-Stimmgabel auf den Proc. mast. des Patienten, und zwar zuerst auf den Warzenfortsatz der afficirten Seite, und lässt die Stimmgabel abtönen. Die bei der binauralen Auscultation für das Ohr des Untersuchenden bereits verklungene Stimmgabel wird aber durch einige Augenblicke wieder gehört, wenn der

Digitized by Google

Arzt dieselbe — ohne neuerlichen Anschlag — auf den Proc. mast. der gesunden Seite aufsetzt. Bei der Wahrnehmung einer solchen Leitungsverschiedenheit wird ein Leitungshinderniss im kranken Warzenfortsatze, und zwar das Vorhandensein von Eiter in demselben supponirt. Verf. rühmt die Verlässlichkeit dieser Methode gegenüber der Durchleuchtung und Percussion des Knochens, und angesichts des Umstandes, dass bisher ein jedes Mittel unverlässlich war, wo es sich darum handelt, Eiterungen im Warzenfortsatz zu constatiren, sieht Verf. das Instrument als eine wirkliche Bereicherung unserer diagnostischen Behelfe an. (?)

Lichtenberg.

---

b) Rhinologische:

Experimentelle Untersuchungen über Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und ihren Nebenhöhlen. Von Dr. G. Franke in Berlin. (Arch. für Laryngolog. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

F. hat mit einem sinnreich construirten Apparate nicht nur den natürlichen Luftdruck in der Nase und deren Nebenhöhlen gemessen, sondern auch, wie bislang noch nicht geschehen, die veränderten Luftdruckverhältnisse bei mehr oder weniger behinderter Nasenathmung. Diese Versuche führten zu folgenden Ergebnissen: Der Luftdruck in den normalen Nasen- und Nebenhöhlen bei normaler Athmung betrug höchstens 2—3 Mm. Wasser. Die Luftdruckgrösse in der Nasenhöhle wird bestimmt durch die absolute Weite der ganzen Nasenhöhle; durch die relative Grösse, d. h. durch die Unterschiedsgrösse zwischen Choane und Nasenloch; durch die Lage des engsten Nasenhöhlendurchschnitts; durch die Stärke und Heftigkeit der Respirationsbewegungen. — Der Luftdruck in den Nebenhöhlen ist derselbe wie der Luftdruck in demjenigen Nebenhöhlenabschnitte, in welchen die Nebenhöhle mündet. Beziehentlich der Veränderung des Luftdrucks in der Nase, so kommt es hauptsächlich auf die Schnelligkeit an, mit der die Luft zu- und abströmt. Die Schnelligkeit, mit welcher der Ausgleich stattfindet, hängt ab: 1) von der Druckdifferenz; je grösser diese ist, desto schneller bewegen sich die Luftmassen; 2) von der Grösse der Communicationsöffnung; je kleiner die Oeffnung, desto länger dauert die Ausgleichung; 3) von der Grösse der Luftmenge; je kleiner das Volumen, desto schneller tritt die Wiederherstellung des Gleichgewichtes ein. — Die Grössenunterschiede der Nasen- und Nebenhöhlen können keineswegs mit den Unterschieden des Luftdrucks in irgend welchen Zusammenhang gebracht werden. F. schliesst: Die Nasenhöhle hat für ihre verschiedenen Functionen zweckmässige Einrichtungen, die Nebenhöhlen haben dagegen gar keine Function, sind nur Knochenhöhlen, die dadurch entstanden sind, dass der Knochen innen entlastet wird und wegen Mangels des functionellen Reizes atrophirt, während der übrig bleibende äussere Knochenmantel die ganze Last allein zu tragen hat. Die Communicationsöffnungen sind nun diejenigen Punkte, wo der Anfangs solide Knochen zuerst entlastet wurde und zu atrophiren begann; die Schleimhaut senkt sich von hier aus in die Knochenlücke hinein, wie sie jeden Fistelgang auszukleiden bestrebt ist. Da also diese Nebenhöhlen ohne Function

Digitized by Google

sind und nichts mit der Athmung zu thun haben, ist auch die Grösse und Entwickelung dieser Nebenhöhlen ganz so unabhängig von den verschiedenen Athmungsvorgängen, wie die Weite der Nasenhöhlen unabhängig von der Grösse des Athemdruckes ist. Beschorner.

Das Rhinosclerom in der Schweiz. (Le rhinosclérome en Suisse.) Von Dr. Louis Secretan. (Congrès de Rome, section de laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Am Ende seiner ausgiebigen Arbeit kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Selten in der Schweiz; in einem einzigen hohen Thal der Alpen mit sehr trockenem continentalen Klima beobachtet. Ursache unbekannt; der v. Frisch'sche Microb wurde in allen Fällen gefunden. Die beobachtete Form ist die diffuse, mit scleromatösen Knoten auf der Mucosa der Nase, des Rachens, des Larynx und der Trachea und besonders ausgeprägten subglottischen Symptomen. Exstirpation der grösseren Knoten und mechanische Behandlung des Larynx mittelst der Schrötter'schen Sonden. Gute Resultate, so dass die Patienten ihre schwere Landarbeit wieder verrichten konnten. Nach geraumer Zeit bilden sich die entfernten Knoten von Neuem, während die Larynxstenose nicht recidivirt. Dr. P. K.

Schweres Nasenbluten. (Epistaxis grave.) Von Dr. Miot. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1894.)

Auf zwei Beobachtungen gestützt, kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Sobald die Blutung in varicösem oder erectilem Gewebe ihren Sitz hat, so muss man die positive interstitielle Electrolyse anwenden. 2) Es ist einerlei, welche Nadeln man anwendet; die kupfernen und silbernen scheinen einigen Vorzug zu haben. 3) Im Allgemeinen muss man 16—20 Milliampères anwenden und zwar während 8—10 Minuten Dauer. 4) In den schlimmsten Fällen genügen vier Sitzungen. 5) Obschon in unmittelbarer Verbindung mit dem Gehirn, führt diese locale Behandlung keinerlei Störungen herbei. Dr. P. K.

Ueber Hämatom der Nasenscheidewand. (Hématome de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. Lacoarret. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Auf die Beobachtung eines Hämatoms der Nasenscheidewand bei einem 12jährigen Mädchen gestützt, kommt Verf. zu dem Schluss, dass ein Trauma immer die Ursache ist, dass es seltene Fälle sind, endlich dass das plötzliche Entstehen, die zwei ganz sich ähnlich sehenden fluctuirenden Tumoren an beiden Seiten des Septum cartilagineum, die Schmerzlosigkeit, das Fehlen der Tendenz zur Resorption, das Ergebniss einer klaren serösen Flüssigkeit bei der Punction die Hauptsymptome sind. Die Differentialdiagnose zwischen Hämatom und Neubildungen, chronischem Abscess, Perichondritis serosa, lymphatischem Tumor ist leicht. Dr. P. K.

Digitized by Google

Zur Anatomie der unteren Wand des Sinus frontalis. Von Dr. E. Winckler in Bremen. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Um die Frage beantworten zu können, ob es statthaft und durch die anatomischen Verhältnisse begründet ist, medianwärts von der mittleren Nasenmuschel eine Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand zu unternehmen, hat W. Untersuchungen an den Schädeln von 17 männlichen und 16 weiblichen menschlichen Leichen im Alter von 20 bis über 80 Jahren vorgenommen, welche darthun, dass sich sowohl bei Männern wie bei Frauen etwa in der Hälfte der Fälle Stirnhöhlen endonasal trepaniren, indessen kaum bei dem sechsten Theile der Männer und dem vierten Theile der Frauen sondiren liessen. Nebenverletzungen des Siebbeins wurden bei der Trepanation an 5 Schädeln constatirt. In diesen Fällen fand sich ein sehr breites oder sehr weit nach vorn sich erstreckendes Siebbein, dessen vordere Zellen durch das Instrument perforirt worden waren. Die Erweiterung der angelegten Trepanationsöffnung liess sich in einigen Fällen sehr leicht bewerkstelligen, jedoch genügte dieselbe nicht zu einem vollkommenen Ecrasement einer grösseren Stirnhöhle. Für stärkere Canülen, Drains event. Jodoformgazestreifen war sie nach der Erweiterung ausreichend. Beschorner.

Der Nasenrachenraum bei Masern und Scharlach. (Le nasopharynx dans la rougeole et la scarlatine.) Von Dr. J. A. Stucky. (Pract. and News und Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Auf 10 Fälle gestützt, behauptet Verf., dass das Nasenrachenraumleiden in directem Verhältniss zum Rachenleiden steht, und da letzteres auch in directem Verhältniss zum Allgemeinleiden ist, dass das Nasenrachenraumleiden ebenfalls zu letzterem in directem Verhältniss sich befindet. Das Nasenrachenraumleiden nimmt gegen die vordere Nasenöffnung hin ab. Es giebt ebenfalls specifische Nasenrachenraumleiden sine exanthemate. Dr. P. K.

Ueber Gipsabdrücke des Nasenrachenraumes und der Choanen. (Sur les empreintes en plâtre de la cavité pharyngienne supérieure et des choanes.) Von Dr. Hopmann. (Congrès de Rome 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

1) Diese Abdrücke beweisen auf die unzweideutigste Weise das Bestehen von Asymmetrie und Verengerung des Nasenrachenraumes und der Choanen bei vielen Patienten, Unregelmässigkeiten, welche von verschiedenen Autoritäten geleugnet wurden. Sie ergänzen nicht nur die Unvollständigkeit der anatomischen Präparate, sondern ersetzen selbe sogar.

2) Durch viele solcher Gipsabgüsse kann man sich eine Sammlung anlegen, welche man durch anatomische Präparate nie erlangen kann.

3) Die Abgüsse zeigen die Anomalien besser, als das Rhinoscop und die Digitaluntersuchung.

4) Die einzelnen Dimensionen sind naturgetreu, so wie sie durch Messungen am Kranken nicht constatirt werden können.

5) Diese Abgüsse lehren, dass man sehr oft bei Erwachsenen zu enge und bei Vielen im Ganzen zu kleine Choanen findet; nicht selten findet man auch eine transversale Verengerung des Nasenrachenraums.

Digitized by Google

6) Die Abgüsse helfen den Erfolg der ausgeführten Operationen controliren.

7) Das Erlernen der Fabrikation der Abgüsse ist leicht, nimmt sehr wenig Zeit in Anspruch und plagt den Kranken nur wenig.

8) Verf. zeigt eine solche Sammlung und erklärt die Fabrikation der Gipspräparate. Dr. P. K.

Ein für alle Fälle brauchbarer Schlingenschnürer für die Nase. (Universal nasal snare.) Von Greville Mac Donald, M. D. London. (Lancet, 1. Dec. 1894.)

Das Instrument ist sowohl zur raschen Entfernung von Nasenpolypen geeignet, wie auch für die langsame von fibrösen Geschwülsten. (Das Instrument scheint dem Ref. der Abbildung nach doch etwas complicirt.) M. Schm.

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Pathologie der Zungentonsille. Von Dr. med. Otto Seifert, Privatdocent in Würzburg. (Arch. für Laryngol. u. Rhinol., Bd. I, Heft 1, p. 48.)

S. geht zunächst ausführlich auf die Anatomie der Zungentonsille ein, jenes Conglomerates von Balgdrüsen, welche in der Schleimhaut der Zungenbasis angesammelt sind und der Oberfläche derselben ein unebenes, leicht höckeriges Aussehen verleihen. Hierauf bespricht er eingehend die Krankheiten, denen dieselbe unterworfen ist, und zwar: Varicen. — Als acute Entzündung: Tonsillitis praeepiglottica acuta (im engeren Sinne). Tonsillitis praeepiglottica follicularis acuta. Tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa. Ferner: Hypertrophie und Atrophie der Zungentonsille. Soor. Mycosis pharyngis leptothricia, Pharyngomycosis leptothricia benigna (Mycosis tonsillaris benigna: Fränkel, Algosis faucium leptothricia: Jacobson). Pharyngomycosis sarcinia. Aspergillusmycose. — Allen diesen verschiedenen Affectionen widmet Autor betreffend Aetiologie, objectiven Befund, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung sorgfältigste Besprechung, unter Heranziehung wohl der gesammten einschlägigen Literatur, so dass die Arbeit als eine das Thema nach jeder Richtung hin nahezu erschöpfende Monographie anzusehen ist, welche allen Aerzten eine hochwillkommene Quelle zum Studium der practisch so wichtigen Erkrankungen jenes so lange vernachlässigten Gebildes sein wird. Beschorner.

Ueber Papillome der Mundrachenhöhle. Von Dr. M. Kuhn in Würzburg (aus Dr. Seifert's Ambulatorium für Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkranke). (Arch. für Laryngol. u. Rhinol., Bd. I, Heft 1, p. 92.)

Nach genauer Sichtung der einschlägigen Literatur giebt K. der Ueberzeugung Ausdruck, dass die Anzahl der einzelnen Literaturangaben, soweit wenigstens die Papillome des weichen Gaumens, der Gaumenbögen und der Uvula in Frage kommen, zur Häufigkeit dieser in keinem Verhältnisse stehen. Hierauf macht Autor in tabellarischer Form Mittheilung über 71 hierher gehörige Patienten, die im Ambulatorium von Dr. Seifert in Würzburg behandelt wurden. An

Digitized by Google

diesen gelangten 83 Papillome zur Beobachtung. 30 wurden entfernt und microscopisch untersucht. Männer waren weit häufiger befallen als Frauen, jedenfalls der anhaltenden Reizzustände wegen, denen sich die ersteren mehr wie die letzteren aussetzen, und die in der Aetiologie der Papillome eine zweifellos bedeutsame Rolle spielen. Sitz der Papillome war zumeist die Uvula, dann die Gaumenbögen und die Zunge. Beziehentlich der Frage, ob das Papillom den epithelialen Gebilden oder den Neubildungen der Bindesubstanz zuzurechnen ist, betont K., dass, mag auch die erste Stufe der Entwickelung in dem Auswachsen der Papillen zu suchen sein, im weiteren Wachsthum dieser Neubildung das Bindegewebe gegenüber der activen Rolle des Epithels völlig in den Hintergrund tritt und lediglich das dürftige, dendritisch verzweigte Gerüst für eine mächtige hyperplastische Epitheldecke abgiebt. Die letztere zeigt bisweilen ziemlich starke Verhornung der oberen Lamellen; der bindegewebige Grundstock besteht immer aus ganz lockerem Bindegewebe, das wechselnd zellige Infiltration, dagegen immer stark erweiterte Gefässe führt. Beschorner.

Ueber Articulationsaphasie und Intonationsaphasie bei Besprechung eines Falles von corticaler motorischer Aphasie ohne Agraphie. (Sur l'aphasie d'articulation et l'aphasie d'intonation à propos d'un cas d'aphasie motrice corticale sans agraphie.) Von Dr. Brissaud. (Semaine médicale No. 43, 1894.)

Früher, sogar bis in die letzte Zeit, sah man in der Aphasie eine Sprachstörung, welche rein corticalen Ursprunges sein soll. In letzter Zeit aber haben sich wichtige Gründe geltend gemacht, welche eine Art Aphasie anzunehmen zwingen, welche nicht von einer Läsion der grauen Substanz herrührt, in anderen Worten: welche subcorticalen Ursprunges ist. Verf. beweist dies durch ein Beispiel, welches seines hohen Interesses wegen hier angeführt werden soll: Eine 45jährige Frau hatte sehr heftige Kopfschmerzen rechts, welche keiner Behandlung wichen; bald darauf trat ein Krampfanfall ein, welchem eine fünf Tage anhaltende Bewusstlosigkeit folgte: bei Wiedereintritt des Bewusstseins war die ganze rechte Seite gelähmt. Es sei hier im Voraus erwähnt, dass die anhaltenden Kopfschmerzen immer die apoplectischen und ischämischen Lähmungen ipso facto auszuschliessen gestatten; es handelt sich in solchen Fällen immer um meningeale Schmerzen, welche auf einen Corticalprocess hindeuten, von welchem der epileptische Anfall und die Lähmungserscheinungen die ersten Symptome darstellen. Pat. war eine Pariser „dame de la halle", d. h. sie hatte die Zunge am rechten Platze und führte ihre eigene Buchführung: es bestand also nie eine Spur weder von Aphasie noch von Agraphie. Während eines ganzen Jahres blieb die die Lähmung begleitende Aphasie eine totale und absolute, d. h. sensitiv und motorisch, ohne dass Patientin dabei ein einziges Wort aussprechen konnte. Diese psychische Umnebelung dauerte ungefähr zehn Monate, besserte sich dann allmählig, währenddem die Aphasie fortbesteht; es traten in diesem Zeitraum etwa zehn epileptische Anfälle ein, welche jetzt aufhören; in diesem Augenblick ist die rechtsseitige Lähmung eine totale, aber unvollständige.

Patientin versteht jedes Wort, welches man ihr sagt: selbe ist also

Digitized by Google

nicht worttaub; sie liest und versteht unsere schriftlichen Fragen: sie ist also nicht wortblind und nicht schriftblind; sie schreibt Gedrucktes, Geschriebenes, Dictirtes fehlerlos ab: sie ist also nicht agraphisch. Die Articulation der Worte ist also allein aufgehoben. Dabei giebt Patientin durch verschiedene sehr expressive, modulirte, in piano und forte abwechselnde, durch die sehr entwickelte Mimik noch mehr verständlichere Töne sich zu verstehen. Angenommen also, dass die motorischen Articulationsbilder intact seien, in anderen Worten, dass Pat. nichts von dem, was man zum Sprechen braucht, vergessen habe, so muss man annehmen, dass die Verbindung unter der Gehirnrinde unterbrochen ist, wahrscheinlich in der Gegend des Centrum ovale; dabei muss man natürlich annehmen, dass die Verbindungsfasern der Articulation von denen der Intonation verschieden sind. Die Sprache ist eigentlich ein articulirtes Singen. Mit Unrecht behauptet man, dass die Intonation die Articulation vervollständige; im Gegentheil, die Articulation vervollständigt die Intonation; letztere war das Ursprüngliche, und als selbe nicht mehr genügte, schuf der Mensch sich die Articulation zur Aushilfe. Die Intonation ist die Musik der Sprache und ohne sie kann man sich keinen Redner denken; die Articulation und mit ihr also alle bestehenden Sprachen sind als Kunstproducte anzusehen. Die allen Menschen gemeinsame Sprache ist die Sprache der Kinder, bevor selbe sprechen können; sie ist nicht articulirt, aber sie ist accentuirt, sonor, verständlich. Die Intonation, welche in der frühesten Jugend sich entwickelt, bleibt für immer, währenddem die Articulation sich verlieren kann: Ein junger Mensch, welcher sein Land verlässt, verlernt dessen Gebräuche, dessen Sprache, aber nie die angeborene Intonation, d. h. den Accent. Diese, schon längst von den Philosophen und Künstlern angedeuteten Nüancirungen der Sprache finden in letzter Zeit ihre Anwendung auch klinisch und wir als Aerzte sind gezwungen, in dem Capitel der Aphasie selbe zu berücksichtigen. Verf. giebt an zwei weiteren Patienten den Beweis, dass man bei Aphasie ohne Agraphie nicht immer eine subcorticale Läsion annehmen darf. Bei der ersten Patientin beweisen ja hinlänglich die Jackson'schen epileptischen Anfälle und der einseitige hartnäckige Kopfschmerz (Meningealschmerzen), das Ergriffensein der corticalen Substanz, trotzdem Agraphie nicht besteht. Ueber die Frage, ob man es mit einem parasitären Tumor, mit einer Gumma, mit einem meningoencephalitischen Herd, mit einer meningealen Blutung zu thun hat, ist schwer zu entscheiden.

Die ganze Arbeit verdient im Original nachgelesen zu werden.

Dr. P. K.

Paralyse der Abductoren im Verlaufe von tertiärer Syphilis. (Paralysie des abducteurs au cours de la syphilis tertiaire. (Von Dr. M. Boulay und H. Mendel. (Arch. internat. de laryngol. et rhinolog. etc., Bd. VII, No. 4.)

Bei einem 50jährigen Manne, der 4 Jahre zuvor syphilitisch inficirt wurde, trat plötzlich rechtsseitige Lähmung von Gesicht, Arm und Bein und Aphonie ein. Besserung dieser letzteren innerhalb von 6 Wochen, dann allmähliger Eintritt von Fistelstimme. Athemnoth. — Die laryngoscopische Untersuchung zeigte immobile Stimmbänder in Adductions-

Digitized by Google

stellung mit ca. 3 Mm. Distanz. Diagnose: Lähmung der Crico-arytaenoidei postici, der Thyreo-arytaenoidei interni und vielleicht der Crico-thyroidei Es wurde centrale Ursache und die Existenz einer syphilitischen, peribulbären Pachymeningitis angenommen, oder eine Sclerose am Boden des 4. Ventrikels, im Niveau der Ursprungskerne derjenigen Nervenfasern, welche für die Innervation der Larynxmuskeln, insbesondere der Adductoren bestimmt sind. Beschorner.

Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. Von Prof. Dr. B. Fränkel in Berlin. (Arch. für Laryngol etc., Bd. 1, Heft 2, 1893.)

Nach Wiedergabe der Beschreibung des Ventriculus Morgagni mit des Meisters, dessen Namen dieser „Spalt" trägt, eigenen Worten, geht F. speciell auf den daselbst zuerst erwähnten Appendix ein. Dieser, auch Blindsack oder Diverticulus ventriculi genannt, stellt nach Ansicht F.'s ein besonderes Organ dar, welches die Höhle des Ventrikels nur als Mündung braucht. Die Höhle entsteht dadurch, dass die Stimm- und Taschenbänder sich jederseits als zwei, in ihrem ganzen horizontalen Verlauf von einander geschiedene Cristae medianwärts über die Ebene der äusseren Larynxwand erheben. Der Raum, der zwischen ihnen frei bleibt, ist die Höhle des Ventrikels. Der Längsdurchmesser derselben verläuft annähernd horizontal, der Tiefendurchmesser von innen nach aussen. Unter einem rechten Winkel geht nun von dieser Höhle der Appendix aus, dessen Durchmesser von oben nach unten und von vorn nach hinten gerichtet sind. — F. beschreibt des Weiteren die Einmündungsstelle des Appendix und die Cavitas ventriculi, seine Gestalt und die Methode, von dieser eine Anschauung zu gewinnen. Hierzu ist die Betrachtung von Serienschnitten am zweckmässigsten und dürften die photographischen Lichtdruckbilder von Frontalschnitten, wie sie dem Heft 1, Bd. I, und der vorliegenden Arbeit beigegeben sind, wohl geeignet sein, volles Verständniss herbeizuführen. — Was die Aufgabe dieses, durch seinen ganzen Bau als ein von der Haupthöhle des Ventrikels verschiedenen Organs (des Appendix) anlangt, so muss man, nach F., entschieden von der Idee abstehen, dass es ein acustisches Werkzeug nach Art eines Resonators darstelle, vielmehr ist als seine einzige Aufgabe die anzusehen, welche Morgagni ihm zuweist, nämlich eine Flüssigkeit abzusondern, welche geeignet ist, die Stimmbänder geschmeidig zu erhalten. Ein Vergleich des Appendix mit den Taschen der Tonsillen scheint F. in hohem Grade zutreffend. Beschorner.

Larynx-Neurasthenie. (Neurasthénie laryngée.) Von Dr. Castex. (Französische Gesellsch. für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Aphonie mit kaum bemerkbarer Erschlaffung der Stimmbänder und ohne Asymmetrie. Es besteht also weniger Hysterie, als eine functionelle Erschlaffung, über welche Patient bei Kraftanstrengung des Willens Herr wird. Ohne Suggestion und Electricität heilen solche Fälle durch Gesang- und Sprachübungen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda des Kehlkopfes. (Un cas de syphilis héréditaire tardive du larynx.) Von Dr. A. Sokolowski in Warschau. (Arch. internat. de laryngolog. etc., Bd. VII, No. 5. Septbr./Oct. 1894.)

Während von Lewin, Mackenzie, Schrötter etc. auf den Kehlkopf localisirte Syphilis in etwa 3 pCt. der Kehlkopfkranken überhaupt beobachtet wurde, hatte S. bei Zugrundelegung der Zahl von 7311 Halskranken nur etwa ½ pCt. zu verzeichnen. Ist demnach Kehlkopfsyphilis schon als acquirirte Krankheit selten, so noch mehr die ererbte, und wird diese sogar von Autoren selbst der neueren Zeit ganz geleugnet. Erst Fournier hat die Symptomatologie der Syph. hered. tard. nach Beobachtungen an 10 Fällen zusammengefasst und dabei gezeigt, dass die Erscheinungen dieser Krankheitsform sich in keiner Weise von denen der acquirirten Kehlkopfsyphilis unterscheiden. — Besonders selten ist die Syph. hered. tard. im vorgeschrittenen Kindesalter, und ein solcher Fall ist es (ein 15jähriges Mädchen betreffend), den S. ausführlich mittheilt. Beschorner.

Ein neuer Griff für galvanocaustische Schlingen. Von Dr. Keimer in Düsseldorf. (Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. I, Heft 1, p. 115.)

Aehnlich der kalten Schlinge von A. Hartmann, jedoch mit Einrichtung für Galvanocaustik und einem originellen Contact, der es rasch ermöglicht, auf diese oder jene Weise zu operiren. Beschorner.

Der 13. Congress für innere Medicin

findet vom 2. bis 5. April 1895 zu München statt. Präsident: Herr von Ziemssen (München).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Dienstag, den 2. April: Die Eisentherapie. Referenten: Herr Quincke (Kiel) und Herr Bunge (Basel).

Am zweiten Sitzungstage, Mittwoch, den 3. April: Die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie. Referat erstattet von Herrn Heubner (Berlin).

Am dritten Sitzungstage, Donnerstag, den 4. April: Die Pathologie und Therapie der Typhlitiden. Referenten: Herr Sahli (Bern) und Herr Helferich (Greifswald).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr A. Baginsky (Berlin): „Die pathogenen Nebenwirkungen des Heilserums in der Diphtheriebehandlung.“ — Herr W. von Leube (Würzburg): Thema vorbehalten. — Herr M. Litten: „Ueber die physiologische und klinische Bedeutung des Zwerchfellphänomens mit Demonstrationen an Gesunden und Kranken.“ — Herr A. Rosenbach (Breslau): „Die Grundlagen der Lehre vom Stoffwechsel.“ — Herr Th. Rumpf (Hamburg): „Ueber die Behandlung des Typhus mit abgetödteten Culturen des Bacillus pyocyaneus. — Herr Reich (Hamburg): „Pathologisch-anatomische und bacteriologische Befunde bei Infectionskrankheiten.“ — Herr E. Sonnenburg (Berlin): „Die Appendicitis simplex.“ — Herr v. Basch (Wien): „Die Compensationslehre vom erkenntniss-theoretischen Standpunkte“ — Herr Riedinger (Würzburg): Thema vorbehalten. — Herr Semmol

a

Digitized by Google

(Neapel): „Sur la toxicité des urines dans son degré et dans son nosographisme comme élément de diagnostic et de prognostic dans les maladies en général et surtout dans les maladies aigues infectieuses.“ — Herr H. Schmaus (München): „Ueber das Verhältniss des elastischen Gerüstes in tuberculösen Herden der Lunge.“ — Herr K. Dehio (Dorpot): „Ueber die diffuse Vermehrung des Bindegewebes im Herzfleische (Myofibrose) und deren klinische Bedeutung.“ — Herr O. Bollinger (München): 1) „Ueber Todesursachen bei Pneumonie.“ 2) Demonstrative Mittheilungen. — Herr Schech (München): „Emphysem und Asthma.“ — Herr v. Ziemssen (München): Thema vorbehalten. — Herr F. Voit (München): Thema vorbehalten. — Herr Brondgeest (Utrecht): „Ueber Lupus laryngis.“ — Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): „Harnsäurelösung im menschlichen Körper.“ — Herr Georg Rosenfeld (Salzbrunn): „Ueber Fettwanderung.“ — Herr Smith (Schloss Marbach am Bodensee): „Ueber den Alcohol in der Therapie.“ — Herr Gans (Karlsbad): „Ueber den Einfluss des Karlsbader Wassers auf die Magenfunction.“ — Herr Mordhorst (Wiesbaden): „Beitrag zur Chemie der Harnsäure und zur Entstehung der Gichtanfälle.“ — Herr Seifert (Würzburg): „Ueber Bronchostenose.“ — Herr von Jaksch (Prag): Thema vorbehalten. — Herr Schreiber (Königsberg): „Ueber den Oesophagus.“

Weitere Anmeldungen zu Vorträgen nimmt der ständige Secretär des Congresses Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden) entgegen.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w., soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Besondere Gebühren werden dafür den Ausstellern nicht berechnet. Hin- und Rückfracht, Aufstellen und Wiedereinpacken, sowie etwa nöthige Beaufsichtigung sind üblicher Weise Sache der Herren Aussteller. Anmeldungen und Auskunft bei Herrn v. Ziemssen (München).

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Am 18. l. Mts. fand in Wien die Constituirung einer Oesterreichischen otologischen Gesellschaft statt. Zweck derselben ist: die Ohrenheilkunde sowie die ihr verwandten Disciplinen wissenschaftlich zu fördern und die Erreichung der ihr gebührenden Stellung an den österreichischen Universitäten anzustreben.

Die Oesterreichische otologische Gesellschaft, welche aus wirklichen, correspondirenden und Ehrenmitgliedern besteht, wird allmonatlich eine Sitzung abhalten, in der wissenschaftliche Vorträge, Demonstrationen und Discussionen stattfinden sollen, und ausserdem alljährlich einen „Oesterreichischen Otologentag“ einberufen.

Zum Vorsitzenden der Gesellschaft wurde Prof. Gruber, zu dessen Stellvertreter Prof. Politzer, zum Kassenführer Prof. Urbantschitsch, zu Schriftführern Docent Dr. Pollak und emer. klinischer Assistent Dr. Hrubesch gewählt.

Die wissenschaftlichen Sitzungsberichte werden in dieser Monatsschrift veröffentlicht werden.

Digitized by Google

Die Deutsche otologische Gesellschaft

wird ihre diesjährige Versammlung am 1. und 2. Juni in Jena abhalten.

Anmeldungen zur Aufnahme in die Gesellschaft sind an den Unterzeichneten zu richten, welcher auch bis zum 30. April d. J. die Themata der zu haltenden Vorträge und Demonstrationen entgegen nimmt.

Im Namen des Ausschusses:

Der ständige Secretär.

Prof. Dr. K. Bürkner, Göttingen.

Bitte.

In dem fortlaufenden Bestreben, der Rhino-Laryngologie die ihr unter den Specialfächern zukommende Anerkennung erkämpfen zu helfen, bin ich mit einer umfassenden Abhandlung über ihre Bedeutung für den Körper im Allgemeinen wie auch für einzelne seiner Theile beschäftigt. Ich bitte deshalb hierdurch alle Collegen, welche über diesen Gegenstand etwas Zutreffendes oder ihn scharf Beleuchtendes geschrieben haben, mir die betreffende Schrift, nachdem sie in ihr die bezüglichen Stellen freundlichst angestrichen haben, gütigst zu übersenden.

Frankfurt a. M., Gärtnerweg 36.

Dr. Maximilian Bresgen.

INHALT.

I Originalien: Eulenstein: Mittheilungen über den tiefen Halsabscess bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein, nebst Bericht über einen operativ geheilten Fall von Grosshirnabscess. — Onodi: Rhino-laryngologische Mittheilungen. — Naegeli: Acute Entzündungen der Ductus Riviniani und der Glandulae sublinguales. — Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Schluss). — II. Kritiken: Katz: Stereoscopischer Atlas des menschlichen Ohres nach durchsichtigen macroscopischen Präparaten. — von Stein: Die Lehren von den Functionen der einzelnen Theile des Ohrlabyrinths. — Kuhnt: Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. — III. Referate: a) Otologische: Coën: Ueber acustische Uebungen zur Verbesserung der Hör- und Sprechfähigkeit. — Müller: Zur Diagnostik der Eiterungen im Processus mastoideus. — b) Rhinologische: Franke: Experimentelle Untersuchungen über Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und ihren Nebenhöhlen. — Secretan: Das Rhinosclerom in der Schweiz. — Miot: Schweres Nasenbluten. — Lacoarret: Ueber Hämatom der Nasenscheidewand. — Winckler: Zur Anatomie der unteren Wand des Sinus frontalis. — Stucky: Der Nasenrachenraum bei Masern und Scharlach. — Hopmann: Ueber Gipsabdrücke des Nasenrachenraumes und der Choanen. — Mac Donald: Ein für alle Fälle brauchbarer Schlingenschnürer für die Nase. — c) Pharyngo-laryngologische: Seifert: Die Pathologie der Zungentonsille. — Kuhn: Ueber Papillome der Mundrachenhöhle. — Brissaud: Ueber Articulationsaphasie und Intonation-aphasie bei Besprechung eines Falles von corticaler motorischer Aphasie ohne Agraphie. — Boulay und Mendel: Paralyse der Abductoren im Verlaufe von tertiärer Syphilis. — Fränkel: Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. — Castex: Larynx-Neurasthenie. — Sokolowski: Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda des Kehlkopfs. — Keimer: Ein neuer Griff für galvanocaustische Schlingen. — XIII. Congress für innere Medicin. — Oesterreichische otologische Gesellschaft. — Deutsche otologische Gesellschaft. — Bitte.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Boecherer** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, April 1895.** **No. 4.**

I. Originalien.

VI. Jahresbericht

(vom 1. Januar 1894 bis 1. Januar 1895)

aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund-Krankheiten.

Von

Dr. **Stetter**,

Privatdocent der Chirurgie und Ohrenheilkunde.

Im Jahre 1894 sind im Ganzen 1718 Patienten behandelt worden, und zwar:

952 Ohrenkranke,
468 Nasen- und Halskranke,
298 Zahn- und Mundkranke.

Von diesen Patienten stammten:
1170 aus Königsberg,
381 aus Ostpreussen,
43 aus Westpreussen, Pommern, Posen,
124 aus Russland.

Digitized by Google

A. Ohrenkranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
1 Jahr	6	6	12
1—10 Jahre	85	102	187
10—20 „	126	94	220
20—30 „	79	108	187
30—40 „	84	63	147
40—50 „	55	42	97
50—60 „	26	29	55
60 u. darüber	25	22	47
	486	466	952

B. Nasen- und Halskranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
1 Jahr	1	2	3
1—10 Jahre	37	30	67
10—20 „	52	90	142
20—30 „	28	78	106
30—40 „	27	37	64
40—50 „	20	25	45
50—60 „	9	22	31
60 u. darüber	6	4	10
	180	288	468

Behufs Festellung der Frequenz der Ohrenerkrankungen in den verschiedenen Altersstufen habe ich in der folgenden Tabelle alle seit dem 1. Januar 1889 behandelten Ohrenkranken nach ihrem Lebensalter zusammengestellt und es ergiebt sich auch aus dieser Tabelle wie in den Vorjahren das grosse Uebergewicht der Patienten im jugendlichen Alter bis zu 20 Jahren, denn es befanden sich unter den 5381 Kranken 2706 im Alter von 1—20 Jahren und 2675 im Alter von 20—60 Jahren und darüber, das ergiebt ein Plus von 31 Kranken für die 2 ersten Decennien gegen die 4 folgenden.

Frequenztabelle der vom 1. Januar 1889 bis zum 1. Januar 1895 behandelten Ohrenkranken:

Alter	männlich	weiblich	Summa	
1 Jahr	71	52	123	
1—10 Jahre	666	593	1259	2706.
10—20 „	838	486	1324	
20—30 „	461	444	905	
30—40 „	331	262	593	
40—50 „	298	233	531	2675.
50—60 „	191	175	366	
60 u. darüber	127	153	280	
	2983	2398	5381	

Digitized by Google

Die behandelten Krankheitsformen waren folgende:

A. Ohrenkrankheiten.

	R.	L.	D.	Sa.
Abscess des Ohrläppchens	1	—	—	1
Eczem der Muschel und des Gehörganges	6	1	3	10
Accumulatio ceruminis	42	36	31	109
Corpora aliena	11	—	3	14
Vulnera der Muschel	4	1	—	5
Otitis ext. diff. acuta	34	28	10	72
„ „ circumscripta	36	23	15	74
„ „ desquamativa	8	9	—	17
Myringit. acuta prim.	4	4	10	18
„ chron. purul.	20	23	11	54
„ chron. sicca	24	25	25	74
Perforatio myring. traum.	1	2	—	3
„ „ obsoleta	8	8	1	17
Deposita calcaria	2	2	—	4
Alters-Sclerose des Trommelfells	1	—	2	3
Otitis media catarrhalis	9	20	26	55
„ „ adhaesiva	19	18	36	83
„ „ chron. purul. cum perforat. myring.	72	63	65	200
„ „ cum granulat. et perforatione	27	19	37	83
„ „ mit Cholesteatom	1	1	—	2
„ „ mit Polypenbildung	2	3	1	6
„ „ mit Betheiligung des Proc. mast.	10	10	—	20
„ „ mit anderen periauriculären Entzündungen	3	—	—	3
Hyperacusis	—	—	1	1
Acusticus-Parese	2	2	5	9
Chron. Nerventaubheit: durch Syphilis	1	—	2	3
durch Profession	1	3	7	11
durch Trauma	1	1	—	2

B. Nasenkrankheiten.

Eczema nasi	19
Acne rosacea	8
Furunkel	1
Herpes	1
Lupus	1
Hochgradige Septum-Scoliose	4
Ulcus septi	2
Chondroma septi	1
Rhin. hypertrophicans (reine Schleimhauthypertrophie)	134
Schleimpolypen	5
Rhin. atrophicans und Ozaena	29
Epistaxis	5

Digitized by Google

Corpus alienum	1
Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum	18
Rhinopharyngit. cat.	12
Empyema antr. Highmori	2

C. Mund- und Halskrankheiten.

Stomatitis ulcerosa	1
Glossitis	7
Tonsillitis (acuta und chron.)	46
Tonsillar-Abscess	4
Parulis	5
Ankyloglossum	1
Defecte n. Ulcera luetica am weichen Gaumen	5
Pharyngitis acuta cat.	33
„ granulosa	43
„ atrophicans	2
„ ulcerosa syph.	1
Laryngitis acuta und chron.	68
Tuberculosis laryngis	3
Stimmbandpolypen	3
Struma parenchymatosa	1
„ cystica.	1

Ausserdem wurden an 298 Kranken 368 Zahnextractionen gemacht, so dass also im Ganzen

1718 Kranke

im Ambulatorium, und zwar meistens unentgeltlich, behandelt wurden.

Ich freue mich, auch in diesem Jahresberichte wieder constatiren zu dürfen, dass dem Ambulatorium von Seiten der Aerzte Königsbergs und der Provinz Ostpreussen, sowie der Ostseeprovinzen Russlands viele Patienten zugewiesen worden sind. Es ist in jedem einzelnen Falle — wenn die Patienten nicht während der ganzen Dauer ihrer Erkrankung im Ambulatorium behandelt werden konnten — dem betreffenden nachher behandelnden Arzte ein genauer Befund und Vorschläge für die weiter einzuschlagende Therapie mitgetheilt worden, so wie ich überhaupt, besonders bei den von auswärts an mich geschickten Patienten, grossen Werth darauf lege, mit den heimathlichen Aerzten in Verbindung zu bleiben, um so das Interesse dieser Herren an ihren Patienten, die sich ihnen später geheilt oder gebessert wieder vorstellen, wach zu erhalten. Dass mir das gelungen ist, ersehe ich aus den mannigfachen Zuschriften der Aerzte über das weitere Ergehen der entlassenen Patienten und aus den noch häufigeren Anfragen über event. Aenderungen in der Therapie. — Ich halte diesen innigen Verkehr mit den Aerzten für eine absolute Nothwendigkeit, wenn anders die Ambulatorien der Specialärzte den Nutzen bringen sollen, den sie zu bringen im Stande sind. Sie sind nicht nur dazu da, dem Specialisten zu seiner weiteren Ausbildung zu dienen und dadurch den Hilfe suchenden Patienten mehr zu nutzen, als es den practischen Aerzten möglich ist, sondern sie haben die weitere edle Aufgabe, diesen Aerzten selbst zu nützen und die Lücken in ihrem Wissen auszufüllen, die das Universitäts-Studium leider gelassen hat und, wie die Verhältnisse heute liegen, hat lassen müssen!

Digitized by Google

Es wurden im Ambulatorium folgende Operationen ausgeführt:

Incisionen primärer Abscesse und Furunkel am äusseren Ohre	6
Operative Entfernung von Fremdkörpern [1]	1
Paracentese des Trommelfells	5
Ohrpolypen-Extraction	6
Wilde'sche Incision	14
Ecrasement des Antr. mast.	6
Phlegmone vor dem Ohre	1
Abscess auf der Squama oss. temp.	1
Hals-Abscess bei Otit. med. purul.	1
Cauterisationen:	
bei Pharyngit. granulosa	8
bei Schleimhaut-Hypertrophie der Nasenmuscheln	28
Ecrasement adenoider Wucherungen im Nasenrachenraum	16
Extraction von Nasenpolypen	5
Tonsillotomie	7
Tonsillar-Abscesse	4
Lymphomata colli-Exstirpation	1
Necrotomia maxill. inf.	1
Endolaryngeale Entfernung von Stimmbandpolypen	3
Summa	115.

Ich habe in der vorstehenden Tabelle absichtlich die primären Abscesse und Furunkel am äusseren Ohre einzeln aufgeführt, weil sie von den Abscedirungen zu trennen sind, welche secundär in Folge einer Otit. media purulenta zur Beobachtung und Operation kamen, was bei der Rubricirung: „Abscesse am äusseren Ohre" nicht zum Ausdruck kommt.

Von besonderem Interesse war ein Fall von chronischer eitriger Mittelohrentzündung, bei dem ich als junger Assistenzarzt der chirurg. Klinik die Aufmeisselung des Proc. mastoid. gemacht hatte. Danach war die Patientin 16 Jahre „gesund" gewesen, d. h. hatte keinen eitrigen Ausfluss gehabt bis zum October 1894. Kurze Zeit nachdem sich wieder Eiter im Ohre gezeigt hatte, traten Schmerzen und Schwellung im Gehörgang und vor dem Ohre auf, die alte, tief eingezogene, mit dem Knochen fest verwachsene Narbe hinter dem Ohre und die Haut über dem Proc. mastoideus waren normal, auch war dort kein Druckschmerz vorhanden, während ein leiser Druck auf den Tragus heftige Schmerzen zur Folge hatte. Da am meisten das vordere Drittel der vorderen Gehörgangswand geschwollen und geröthet war, so machte ich dort mit dem Lanzenmesser eine tiefe Incision, obwohl Fluctuation nicht vorhanden war. Die Blutentleerung wirkte wohl insofern antiphlogistisch, als die Schmerzen etwas nachliessen und auch die Schwellung im Gehörgang, aber nicht in der Regio parotidea und unter und hinter dem Ohrläppchen geringer wurde. Dort blieb die Haut prall gespannt, glänzend, tief roth, die ganze Gegend äusserst schmerzhaft, aber nirgends war Fluctuation nachzuweisen. Da

[1]) Die übrigen 13 in der Tabelle der Krankheitsformen aufgeführten Fremdkörper wurden durch Ausspülung entfernt.

Digitized by Google

auch hydropathische Umschläge mit Sol. Burow keine Linderung brachten, so machte ich in der Narcose eine tiefe, ca. 3 Ctm. lange Incision über der prominentesten Parthie, etwa 1 Ctm. vor dem Tragus nach der vorderen Gehörgangswand hin. Es entleerte sich aus der Wunde nur wenig dickflüssiger Eiter und bei der Ausspülung zeigte sich, dass eine Communication mit dem äusseren Gehörgang durch die früher gemachte Punctionswunde bestand. Bis zur vollständigen Abschwellung der Weichtheile um das Ohr herum und der Auskleidung des Gehörganges vergingen noch mehrere Wochen, jedoch sind Schmerzen nicht mehr aufgetreten. Die Otitis media purulenta ist geheilt, die Hörweite für die Uhr ist gleich $\frac{5}{200}$, für die Flüstersprache beträgt sie 50 Ctm., der Rinne'sche Versuch fällt negativ aus, Weber lateralisirt nach der kranken Seite.

Ein zweiter, bezüglich seines Verlaufes gleichfalls sehr interessanter Fall betraf einen Kutscher, der am 31. December v. J. operirt wurde.

Pat. stellte sich vor mit Klagen, welche auf Hirn-Reizung schliessen liessen. Gleichzeitig mit heftigen Schmerzen und harter Schwellung der Bedeckung des Proc. mastoid. waren Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und Erbrechen eingetreten, nachdem sich in Folge heftigen Schnaubens während eines Schnupfens unter Schmerzen im Ohre ein eitriger Ausfluss aus demselben eingestellt hatte.

Bei der ersten Untersuchung wurde eine Otitis media purulenta mit Perforation im vorderen unteren Quadranten constatirt; auf dem Eiter dicht vor dem Trommelfell lag ein stark pulsirender Reflex. In der Nacht vorher, die Pat. schlaflos zugebracht hatte, empfand er angeblich krampfhafte Zuckungen in den Beinen. Die Temperatur betrug 38,6°, die Pulsfrequenz 96 Schläge in der Minute.

Obwohl hier unzweifelhafte meningeale Reizerscheinungen vorlagen, schritt ich doch nicht zur Aufmeisselung des Proc. mastoideus, sondern behandelte exspectativ. Der Patient wurde zu Bett gebracht, erhielt eine Eisblase auf den Kopf, einen hydropathischen Umschlag auf die Regio mastoidea mit Burow'scher Lösung und Abführmittel; gegen das Erbrechen wurde Schlucken von Eisstückchen verordnet. In den nächsten zwei Tagen besserte sich der Zustand sehr wesentlich, es war kein Erbrechen mehr erfolgt, die Kopfschmerzen liessen nach, nur über zeitweise auftretende Schwindelerscheinungen wurde noch geklagt; aus dem Ohre floss reichlicher Eiter. Zwei Wochen nach der Aufnahme wurde eine Abscedirung auf dem Proc. mastoid. constatirt und dieselbe sofort breit eröffnet. Es entleerte sich wenig Eiter, der Knochen wurde ganz gesund gefunden, das Periost war im Bereiche des Abscesses abgehoben. — Heute — 5 Wochen nach der Operation — ist Patient vollkommen von seinem Eiterungsprocess geheilt, die Wunde hinter dem Ohre ist vernarbt, die Mittelohreiterung gleichfalls verschwunden, die aber noch bestehende hochgradige Schwerhörigkeit für Uhr, Stimmgabeltöne und Flüstersprache beweist, dass der schallleitende Apparat noch lange nicht zur Norm zurückgekehrt ist, der schallempfindende Apparat ist jedoch nach Ausfall des Rinne'schen und Weber'schen Versuches gesund, denn die Knochenleitung leistet mehr wie die Luftleitung und der „Weber" lateralisirt prompt nach der kranken Seite auch vom entgegengesetzten Schläfebeine aus.

Digitized by Google

Im Anschluss an diesen Krankheitsfall möchte ich darauf hinweisen, dass ich bei allen Periostitiden des Processus mastoid. in Folge von Mittelohreiterungen zunächst stets die Wilde'sche Incision gemacht habe und damit auch sehr oft Heilung der Mittelohreiterung erzielt habe. Eine soeben erschienene Dissertation[2]) giebt genaueren Aufschluss über eine Anzahl durch Incision geheilter Fälle. Nur wenn ich den Knochen bereits cariös fand, liess ich ein Ecrasement folgen, oder wenn eine bläuliche livide Verfärbung des Knochens sein Erkranktsein deutlich machte, griff ich zum Meissel, um das Antrum mast. zu eröffnen. Ich kann mich nach meinen Erfahrungen daher auch nur ganz auf die Seite derjenigen Ohrenärzte stellen, welche nicht sofort mit der Aufmeisselung des Antrum mastoideum bei der Hand sind und kann nur vollkommen dem beistimmen, was Knapp[3]) und Victor Lange[4]) ausgesprochen haben, dass man auf dem besten Wege ist, die Wilde'sche Incision zu unterschätzen, dass die Bereitwilligkeit, die Warzenzellen und den Schädel zu eröffnen, eine zu grosse ist.

Anders verhält sich die Sache, wenn sich nach der Wilde'schen Incision zeigt, dass bereits eine Knochenfistel besteht und dass bei der Ausspülung der Wunde die Spülflüssigkeit durch das Mittelohr und den Gehörgang abfliesst. In solchem Falle wird man natürlich eine Auskratzung der Fistel und wahrscheinlich auch immer des Antrum mastoid. stets folgen lassen, um freien Abfluss des Eiters zu ermöglichen und freie Durchspülung machen zu können, um die der Vernarbung ungünstigen schwammigen Granulationen aus dem Antrum zu entfernen und gesunder Granulationsbildung die Wege zu bahnen.

Wenn ich ferner auch durchaus davon überzeugt bin, dass uns die Untersuchung des Augenhintergrundes wichtige Anzeichen geben wird über eine Fortpflanzung der Augenhöhlenentzündung auf die Meningen, worauf Zaufal[5]) und Barnik[6]) hingewiesen haben, so kann ich diesen Autoren doch nicht so weit folgen, dass darin stets eine Indication zur Feststellung der Trepanation des Proc. mastoideus zu finden sei.

Bei dem oben näher mitgetheilten Falle, bei dem auch anderweitige deutliche Hirnsymptome, wie Schwindel und Erbrechen vorhanden waren, bestand ausgeprägte Schlängelung der Venen des Augenhintergrundes und die Contouren der Papille waren verwischt. Die Trepanation wurde nicht gemacht und der Patient ist nach einfacher Eröffnung des subperiostalen Abscesses auf dem Proc. mastoideus geheilt worden. Ich kann auch den Grund nicht einsehen, warum das Vorhandensein einer „intracraniellen Affection" oder „die ersten Zeichen der Hyperämie der Papille" als Indication für die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes angesehen werden müssen.

Bei meinem genannten Patienten bestand jedenfalls eine intracranielle Affection und Hyperämie nicht nur der Papilla optica, sondern auch der

---

[2]) Frankenstein: „Ueber periauriculäre Entzündungen und Abscessbildungen bei Otitis med. purul. Dissertation. Königsberg 1895.
[3]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XXIV.
[4]) Langenbeck's Archiv, Bd. XLVII.
[5]) Prager med. Wochenschrift No. 45, 1881.
[6]) Inaug.-Diss. Halle 1892.

Digitized by Google

Retinalgefässe überhaupt. Was hätte ihm eine Trepanation mehr genützt, als die conservative antiphlogistische Behandlung bis zu dem Zeitpunkt, wo sich ein subperiostaler Abscess auf dem Warzenfortsatz bildete, nach dessen Eröffnung sich zeigte, dass der Knochen ganz gesund war? — Wenn ich in der Lage bin, einen intracraniellen Abscess zu diagnosticiren, dann werde ich allerdings auch sofort den Schädel eröffnen und dies nach Lage der ätiologischen Momente wohl auch meist vom Antrum mast. aus thun, aber in jeder intracraniellen Affection und Papillen-Hyperämie kann ich keine Indication zur Eröffnung des Antr. mastoideum sehen.

Was die Beschaffenheit des Knochens anlangt, so glaube ich, dass darin nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen ein Criterium zu finden sein dürfte, ob eine Eiterung im Antrum mastoid. besteht oder nicht. Manchmal findet man wohl den Knochen blau verfärbt, ja vielleicht die Corticalis schon so verdünnt, dass der Druck des Meissels durch die Hand allein genügt, sie zu durchstossen, worauf sich der Eiter entleert. In anderen Fällen ist aber das Aussehen des Knochens ein ganz normales, und zwar, wie Lange (l. c.) hervorhebt, am öftesten bei den acuten Affectionen. Auch die schwerere oder leichtere Ablösung des Periosts mit dem Elevatorium giebt keinen sicheren Anhaltspunkt für das Erkranktsein der tieferen Theile.

Das Facit, das ich aus meinen Erfahrungen ziehen muss, lautet demnach, dass die Wilde'sche Incision bei allen Periostitiden des Proc. mastoideus in Folge von acuter oder chronischer Mittelohreiterung jeder Zeit der erste operative Eingriff sein muss. Er genügt oft zur Heilung selbst dann, wenn der Augenhintergrund und die bekannten Allgemeinsymptome eine meningeale Reizung bereits sicher annehmen lassen. Zeigt sich die Corticalis macroscopisch verändert, besonders blau verfärbt und vielleicht schon elastisch federnd, was in ausgesprochener Weise nur bei chronischen Mittelohreiterungen vorkommt, so soll man das Antrum eröffnen, sonst abwarten, ob sich nicht innerhalb der nächsten 8 bis 10 Tage der ganze Zustand wesentlich bessert, und wenn das nicht der Fall ist, ja wenn vielleicht schon am Tage nach der ersten Operation sich die Symptome verschlimmern, dann sofort zur Aufmeisselung schreiten.

Die Frage ist doch die, ob man dem Kranken schadet, wenn man nicht sofort die Aufmeisselung macht, und diese Frage ist nach meinem Dafürhalten zu verneinen. Wenn man andererseits bedenkt, welche Gefahren eine Aufmeisselung event. mit sich bringen kann, so wird man ohne allen Zweifel besser thun, die eingreifendere Operation erst zu machen, nachdem der Wilde'sche Schnitt erfolglos geblieben ist. — Ich schliesse diese kurze Besprechung mit den Worten Lange's (l. c.), von denen ich wünschte, dass sie recht weite Verbreitung und Nachachtung finden möchten: „Abgesehen von der Gefährlichkeit oder Nichtgefährlichkeit der Operation muss man dazu übergehen können mit voller Ueberzeugung von der Berechtigung und Nothwendigkeit derselben. Es darf nicht als eine gleichgiltige Sache betrachtet werden, ob man eine Aufmeisselung macht oder nicht, selbst wenn man eine entwickelte Technik, Antiseptik und ähnliche gute Verbündete hat."

Von besonderem Interesse ist die operative Entfernung eines Fremdkörpers gewesen, den sich ein Mädchen von 8 Jahren in das Ohr ge-

Digitized by Google

steckt hatte. Es handelte sich um einen pyramidenartig geformten, sehr glatten Stein von der Grösse einer Erbse. Durch ungeschickte Extractionsversuche war der Stein durch das Trommelfell in das Mittelohr gestossen worden, und als ich das Mädchen zum ersten Male sah, fand ich die Gehörgangswände blutig, die Haut lappig eingerissen, vor dem Trommelfell Eiter. Nach Ausspülung und sorgsamer Reinigung konnte man den grauweissen, glänzenden Stein (Quarz) im Mittelohr liegen sehen.

Bei der tiefen Lage des Fremdkörpers und bei der Enge des Gehörganges war es von vornherein klar, dass eine Entfernung vom Gehörgang aus nicht gelingen würde. Ich bahnte mir nach der von Gruber angegebenen Methode von hinten her durch Aufmeisselung und Entfernung der hinteren Wand des Gehörganges einen Weg zum Mittelohr, ging dann mit einem kleinen scharfen Löffel hinter den Stein und hebelte ihn so heraus. — Die Patientin blieb zur Nachbehandlung noch 14 Tage in Königsberg. — Bei ihrer Abreise war das Ohr trocken, aber vom Hammer und Ambos nichts zu sehen, die Perforation nahm fast das ganze Trommelfell ein, die Hörfähigkeit betrug kaum 1/8 der normalen. Der Arzt, in dessen Behandlung das Kind in seiner Heimath überging, hat mir leider auf meine Anfrage, wie es dem Kinde zur Zeit geht, nicht geantwortet, so dass ich über die augenblickliche Gehörsfunction keine Angaben machen kann.

Die Paracentese des Trommelfells wurde ausgeführt, um Exsudaten aus dem Mittelohr Abfluss zu verschaffen. Ich will hierbei die Thatsache nicht unerwähnt lassen, dass bei einem Mädchen von 8 Jahren, welche in Folge von Diphtheritis auf beiden Seiten eine acute Media bekommen hatte, die Seite, auf der ich noch gerade zur rechten Zeit die Paracentese machen konnte, mit voller Hörfähigkeit glatt in ca. 3 Wochen ausheilte, während auf der anderen Seite, auf welcher bereits ein Spontandurchbruch des Eiters erfolgt war, ehe ich die Patientin sah, beinahe das Doppelte an Zeit verging, bis die Eiterung verschwunden war, und ein wenn auch geringer Defect der Hörweite zurückblieb. Wenn ich mir das Krankheitsbild des Ohres jetzt recapitulire, dessen Trommelfell ich discidirte und dabei an den späteren jedenfalls günstigeren Verlauf denke als auf der nicht paracentesirten Seite, so muss ich bedauern, dass die genannte Operation nicht von den practischen Aerzten ausgeführt wird und dass während des Universitätsstudiums noch nicht überall die Gelegenheit gegeben ist, dass die Studirenden sich in der Ohrenheilkunde ausbilden können. — Nur ein ganz klein wenig im Sehen geübtes Auge hätte bei dem in Rede stehenden Kinde es bemerken müssen, dass eine Eiter- resp. Exsudatansammlung hinter dem Trommelfelle sich befände, denn dasselbe war im Bereiche des hinteren unteren Quadranten so auffallend blasenartig vorgewölbt, so verdünnt, dass man bereits deutliche Pulsation der Geschwulst sah, dass nur geringste technische Fertigkeit dazu gehörte den Abscess zu eröffnen, aus dem sich sofort eine relativ grosse Menge Eiter entleerte.

Die Resultate der medicamentösen Behandlung, insonderheit der eitrigen Ohrentzündungen habe ich im II. Heft der „Arbeiten aus dem Ambulatorium“ [7]) niedergelegt und will hier nur darauf hinweisen, dass

---

7) Königsberg i. Pr.: Thomas & Oppermann, 1895.

Digitized by Google

ich den Sozojodol-Präparaten treu geblieben bin und dass ich ihre Anwendung successive weiter auch auf Erkrankungen der Nase, des Nasenrachenraumes und des Halses ausgedehnt habe. — Das Natron tetraboricum und die Borsäure sind nicht in Anwendung gekommen; zur Ausspülung habe ich auch im letzten Jahre Lysol-Lösungen gebraucht und habe keinen Grund davon abzugeben. Ueber die Behandlung acuter externer Otitiden mit Lysol-Alcohol habe ich mich auch in dem obengenannten II. Heft der „Arbeiten" näher ausgesprochen, ebenso über die Verwendung desselben Mittels gegen Granulationswucherungen.

---

37 Fälle von seröser Erkrankung der Oberkieferhöhle.

Von

Dr. **H. Noltenius**, Bremen.

Zum ersten Male im October 1891 und seither bis Anfang August 1894 in weiteren 36 Fällen hatte ich Gelegenheit, eine mir bis dahin unbekannte Erkrankungsform der Oberkieferhöhle zu constatiren. Da ich durch gelegentliche Umfrage bei einigen Specialcollegen erfuhr, dass sie gleiche Beobachtungen bis dahin nicht gemacht hatten, so möchte ich kurz Folgendes darüber berichten.

Es handelt sich in meinen 37 Fällen, die ich an 35 Patienten beobachtete, da zwei derselben an doppelseitiger Affection litten, um eine seröse Erkrankung der Oberkieferhöhle, die sich durch eine Ansammlung zumeist ganz klarer, schwach bernsteingelber Flüssigkeit documentirte. Die Entdeckung war anfänglich manchmal eine zufällige, insofern ich, nach den Klagen des Patienten zu urtheilen, eher eine eitrige Erkrankung der Highmorshöhle zu finden erwartet hatte. Machte ich in solchen Fällen die Probepunction — denn nur mit diesem Hilfsmittel kann man nach meiner Erfahrung eine seröse Erkrankung der Highmorshöhle entdecken; ja, dasselbe gilt auch für manche Fälle von Empyem — so füllte sich der Cylinder der Punctionsspritze anstatt mit Eiter mit der schon oben erwähnten, zumeist ganz klaren, nur selten einige Schleimflocken enthaltenden, rasch in der Spritze gerinnenden, gelblichen Flüssigkeit. Es war also kein Zweifel, es handelte sich um eine seröse Erkrankung der Schleimhaut mit Erguss in die Höhle selbst.

Wenn ich oben sagte, ich hätte in manchen Fällen, wenn ich eine seröse Erkrankung fand, nach den Symptomen, die der Patient darbot, eher an ein Empyem gedacht, so geht daraus hervor, dass die Diagnose zunächst überhaupt nicht sicher zu stellen war. Ich muss dabei bemerken, dass nach Erfahrungen, die ich bei der Behandlung von 156 Empyemen der Highmorshöhle gesammelt habe, die häufig beschriebenen Symptome, wie z. B. einseitiger eitriger Nasenausfluss, besonders beim Vornüberbeugen, Schmerzhaftigkeit oder gar Auftreibung der erkrankten Seite, Vorwölbung der Wand im Bereich des mittleren Nasenganges u. s. w., in einer grossen Zahl von Fällen gänzlich fehlen können. Natürlich lässt sich manchmal auch ohne Punction eine so gut wie sichere Diagnose auf Empyem stellen. Ich entsinne mich eines Patienten, dessen Bulbus

Digitized by Google

offenbar durch den Druck des Eiters beträchtlich vorgetrieben war. Bei der sofortigen Eröffnung der Highmorshöhle mittelst des weiter unten zu beschreibenden Troicarts quoll der Eiter in solcher Menge hervor (ich schätzte dieselbe auf mindestens zwei Esslöffel), dass ich schwer begreiflich finde, wo derselbe Platz gefunden hatte. Auffallend war mir dabei auch der Umstand, dass, als ich die Clysopompe mit der Hülse des Troicarts in Verbindung setzte, um den letzten Rest des Eiters zu entfernen, ein Theil desselben am inneren Augenwinkel hervorquoll und über die Backe abfloss. Man muss wohl annehmen, dass der Eiter nach dem Thränennasencanal durchgebrochen war.

Ist in solchem Falle die Diagnose so gut wie sicher, so giebt es doch andere Fälle von Empyemen, die nach meiner Meinung auch nicht annähernd mit Sicherheit zu erkennen sind, bevor die Probepunction die Frage entschieden hat. In solchen Fällen sind die Klagen des Patienten sehr unbestimmter Natur. Dann und wann auftretende, manchmal einseitige Kopfschmerzen, Verschleimung, vielleicht einmal schlechter Geschmack und unangenehmer Geruch ist Alles, was man erfahren kann. Wird man schon beim Verdacht auf Empyem so wenig durch die Aufnahme der Anamnese unterstützt, so trifft das noch in erhöhtem Maasse zu, wenn man einer etwaigen serösen Erkrankung auf die Spur kommen will. Hier hören wir eigentlich nur über manchmal auftretende, unmotivirte Kopfschmerzen klagen, die häufig in das Gebiet des Supraorbitalis verlegt werden. Ganz vereinzelt wussten die Patienten auf Befragen von einem plötzlich auftretenden und ebenso rasch verschwindenden wässrigen Schnupfen zu erzählen. Schon häufiger klagte ein solcher Patient über Nasenverstopfung. Lag in solchem Falle keine hypertrophische Rhinitis vor oder hatte ich gar vor Kurzem die verdickten Schleimhäute galvanocaustisch gründlich geätzt, so machte mich diese Klage besonders stutzig. In solchen Fällen griff ich stets zur Probepunctionsspritze und auf diese Weise habe ich später die meisten meiner Fälle entdeckt.

Freilich ist es mir häufig passirt, dass die Probepunction ein negatives Resultat hatte, aber nie habe ich bis jetzt eine nachtheilige Folge für den Patienten daraus entstehen sehen. Natürlich gebrauche ich die Vorsicht, die vernickelte, in Messing gefasste Canüle nach jedesmaligem Gebrauche in Sodalösung auszukochen und sie vor der Anwendung durch Lysollösung noch besonders zu desinficiren. Zudem ist der Eingriff nach vorheriger Pinselung mit 10procentiger Cocainlösung in den meisten Fällen ein so leichter, dass er von den Pat. nicht als schmerzhaft bezeichnet wird. Manchmal freilich ist die Wandung des unteren Nasenganges auch an der notorisch dünnsten Stelle mitten unter der unteren Muschel, aber dicht unter der Ansatzstelle ziemlich stark, so dass man einen kräftigen Druck ausüben muss, um hindurchzudringen. Nur gebrauche man dabei die Vorsicht, die Spritze an dem Ende anzugreifen, das mit der Spitze in Verbindung gesetzt wird, da andernfalls ein nicht ganz exact eingeschraubter Glascylinder den Druck nicht aushält, sondern an der Verbindungsstelle mit der Metallfassung abbricht. Neuerdings gebrauche ich eine Spritze mit zwei Metallschienen, die dem Glascylinder seitlich anliegen, um ein Zerbrechen desselben möglichst zu verhüten. Dies ist mir anfänglich mehrfach passirt. Nur zwei Mal, soweit ich mich

Digitized by Google

entsinne, ist es vorgekommen, dass auch ein starker Druck den Widerstand der Wandung nicht überwand und ich von meinem Vorhaben Abstand nehmen musste.

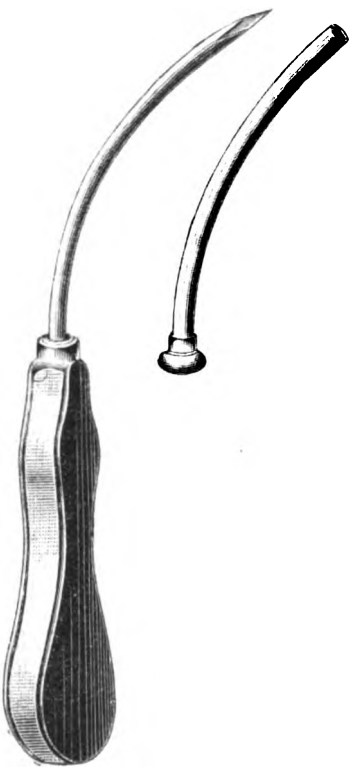
Freilich muss das Material des Spritzenansatzes ein vorzügliches sein. Die Spitze muss eine kräftige Wandung besitzen und mehr stumpf als schräg abgeschnitten sein, sonst biegt sich dieselbe leicht um und wird unbrauchbar. Ansätze mit lang ausgezogener oder gar hohlgeschliffener Spitze, wie ich sie kürzlich bei einem Instrumentenmacher sah, sind für unsere Zwecke überhaupt nicht zu verwerthen. Ist nun die Durchbohrung der Wandung gelungen, so sind wir damit noch nicht immer am Ziel. Ziehen wir den Kolben der Spritze an, so bleibt der Cylinder entweder leer — dann war unsere Vermuthung, die Highmorshöhle sei erkrankt, eine irrige —, oder es dringt eine klare resp. eitrige Flüssigkeit nach. In diesem Falle entfernen wir die Spritze und lassen die Eröffnung der erkrankten Höhle nachfolgen. Es kommt aber auch vor, dass der Kolben beim Aufhören des Zuges sofort in seine ursprüngliche Lage zurückfedert. Das könnte vielleicht einmal darin seinen Grund haben, dass die natürliche Oeffnung der Oberkieferhöhle im mittleren Nasengange verwachsen ist, doch wird sich, falls die Höhle überhaupt pathologischen Inhalt birgt, auch in diesem Falle wohl meistens ein Theil derselben in den Cylinder entleeren. Es kann aber der Fall eintreten, dass die Spitze nach Durchbohrung der knöchernen Wandung die Lichtung der Höhle passirt und sich in der gegenüberliegenden Wand eingespiesst hat. Alsdann ziehe man die Spritze etwas zurück und der Cylinder füllt sich sofort mit der pathologischen Flüssigkeit, wie ich einige Male beobachtete. Federt aber der Kolben beim Nachlassen des Zuges auch jetzt noch zurück, so ziehe ich die Spritze ganz heraus und punctire dicht daneben ein zweites Mal, dann wird sich meistens die Frage nach der einen oder anderen Seite entscheiden. Nothwendig ist aber auch, dass die Spitze ein genügend weites Lumen besitzt, denn der eventuell vorhandene Eiter kann so eingedickt sein, dass er eine enge Canüle nicht passirt und ein Empyem übersehen wird. Für die fragliche seröse Flüssigkeit hat dieses Bedenken freilich keine Bedeutung. Hat nun die Probepunction die Anwesenheit seröser Flüssigkeit in der Highmorshöhle ergeben, so lasse ich sofort die Eröffnung derselben folgen.

In der ersten Zeit machte ich die Eröffnung manchmal nach der Hartmann'schen Methode, indem ich die dazu angegebene Canüle durch ein etwa vorhandenes Foramen accessorium einführte oder auch einfach an der bekannten Stelle des mittleren Nasenganges die membranöse Wandung mit der Canüle durchstiess und die Höhle durchspülte. Dann bediente ich mich in einigen Fällen des Krause'schen Troicarts. Da mir schien, dass dieses Verfahren mitunter recht schmerzhaft und gewaltsam sei, so liess ich mir einen Troicart anfertigen, der, wie Figur zeigt, in einigen Punkten von dem Krause'schen Modell abweicht.

Der von mir gebrauchte Troicart ist erheblich dünner und wesentlich stärker gekrümmt, als sein Vorbild. Das hat den Vortheil, dass man auch in räumlich beengten Nasen mit demselben manipuliren kann, ohne erheblichen Schmerz zu machen. Ich habe seit länger als einem Jahre mit solchem Instrument gearbeitet und bin damit, wie ich meine,

Digitized by Google

stets rasch und gut zum Ziele gekommen, vorausgesetzt, dass die Wandung nicht so stark war, dass dieselbe auch bei Anwendung beträchtlicher Gewalt nicht zu durchbrechen war. Das ist mir, irre ich nicht, im Ganzen zwei Mal passirt. Ist die Einführung des Troicarts gelungen und derselbe aus seiner Hülse zurückgezogen, so gelingt es leicht, die Höhle durch die Hülse hindurch auszuspritzen. Ich bediene mich dazu einer Clysopompe, die ich mittelst eines schlanken, in die Hülse gut hineinpassenden Hartgummiansatzes fest mit derselben verbinde, um so lange lauwarmes Wasser hindurchzutreiben, bis aller Eiter aus der Höhle entleert ist — falls es sich um ein Empyem handelt — und das Wasser ganz klar aus der Nase abfliesst. Soll am nächsten Tage die Durchspülung wiederholt werden, so bedient man sich statt des Troicarts des wie üblich gleichmässig geformten Obturators. Ich bemerke dabei, dass meine Hülsen für Troicart und Obturator nicht wie beim Krause'schen und bei anderen Modellen, am Ende federn, um hinter dem verdickten Ende von Troicart oder Obturator einen Halt zu finden. Dieselben sind vielmehr so verfertigt, dass sie spielend leicht auf und ab gleiten. Da-



½ der natürlichen Grösse.

NB. Die offenbar ungleiche Krümmung von Troicart und Hülse ist ein Fehler in der Zeichnung und entspricht nicht der Wirklichkeit.

Digitized by Google

durch wird dem Patienten Schmerz erspart, da jeder Ruck an dem eingeführten Instrument, wie beim Zurückziehen der üblichen Modelle wohl unvermeidlich ist, von dem Patienten unangenehm empfunden wird. Ein kleiner Uebelstand ist freilich mit einer nicht durch die Sperrvorrichtung fixirten Hülse verbunden, nämlich der, dass die Hülse beim Manipuliren leicht vom Obturator abgleitet und hinfällt, doch hilft eine geringe Aufmerksamkeit leicht darüber hinweg.*)

Anfänglich habe ich nach Analogie der Empyembehandlung auch die serös erkrankten Highmorshöhlen mit mehrfachen Durchspülungen behandelt. Ich bin aber bald davon zurückgekommen, da ich beobachtete, dass die einfache Eröffnung vom unteren Nasengange und das Ablassen der Flüssigkeit genügte, um die Beschwerden des Patienten gänzlich und definitiv zu beseitigen. Ich sah mich umsomehr dazu veranlasst, als sich zwei Mal eine vorübergehende (2 resp. 4 Wochen anhaltende) Verschlimmerung des Leidens an die mehrfache Durchspülung der serös erkrankten Highmorshöhle anschloss.

Freilich waren diese beiden Fälle insofern nicht ganz einwandsfrei, als gleich bei der Probepunction in der sonst ganz klaren Flüssigkeit einige Schleimflocken suspendirt waren. Andererseits habe ich später auch solche Fälle lediglich durch die Eröffnung und Abzapfung des leicht getrübten Inhalts glatt heilen sehen.

Auffallend war mir lange Zeit die Beobachtung, dass seröse Erkrankungen nur einseitig vorzukommen schienen, während ich mich bei Empyemen häufig von doppelseitiger Affection überzeugen konnte. Erst der 29. und dann auch der 33. Fall belehrten mich, dass, wie ja von vornherein anzunehmen war, auch doppelseitige seröse Erkrankungen der Highmorshöhle vorkommen.

Zu weiterer Erläuterung füge ich einige kurz gefasste Krankengeschichten hinzu:

Fall No. 2. Herr P., ca. 35 Jahre, Lloydofficier, leidet an Nasenbluten und chronischem Nasen-, Rachen- und Kehlkopfcatarrh. 14tägiges Pinseln mit 2½procentigem Arg. nitric. lässt keine wesentliche Besserung erkennen. Probepunction der linken Highmorshöhle ergiebt seröse, leicht blutig gefärbte Flüssigkeit. Eröffnung mit Krause's Troicart. Nach sieben weiteren Durchspülungen mit lauwarmem Wasser ohne Zusatz wird Patient, von seinen Beschwerden geheilt, entlassen.

NB. Nachdem ich lange Zeit die verschiedensten Desinficientien und Adstringentien, auch Aetzmittel der Spülflüssigkeit zugesetzt hatte, ohne von einem dieser Mittel eine wesentlich heilfördernde Wirkung gesehen zu haben — auch die Trockenbehandlung führte nicht immer zum Ziel —, bin ich auch bei der Empyembehandlung zu Durchspülungen mit reinem lauwarmen Wasser übergegangen. Denn ich habe den Eindruck gewonnen, dass die tägliche mechanische Fortschaffung des Eiters die beste Heilwirkung auf die erkrankte Schleimhaut ausübt und nur bei fauliger Zersetzung und starkem Foetor pflege ich einige Tropfen Creolin dem Spülwasser zuzusetzen.

---

*) Der oben beschriebene Troicart ist von dem Instrumentenmacher J. Fehrmann, Bremen, Sögestrasse No. 7, angefertigt worden und bei diesem, sowie bei H. Pfau, Berlin, erhältlich.

Digitized by Google

No. 4. Herr R., 40 Jahre, Kaufmann aus Bg., klagt über Nasenbeschwerden. Am knöchernen Rachendach rechts eine circumscripte, mehrere Mmtr. dicke Schwellung. Probepunction der rechten Highmorshöhle vom unteren Nasengang führt nicht zum Ziel, da der Stempel der Spritze beim Nachlassen des Zuges beständig zurückfedert. Am nächsten Tage erneute Probepunct. entleert seröse, leicht zu Gallerte erstarrende Flüssigkeit. Eröffnung mit Krause's Troicart. Nach siebenmaliger Durchspülung wird Patient geheilt entlassen.

No. 6. Herr P., 35 Jahre, Kaufmann aus B., klagt über Druck in der Gegend der Nasenwurzel und über dem linken Auge. In der Nase nichts Abnormes. Daher Probep. der linken Highmorshöhle, die klare seröse Flüssigkeit entleert. Eröffnung mit meinem Troicart. Nach drei weiteren Durchspülungen bleibt Patient fort, erzählt mir nach Monaten auf Befragen, dass er seither völlig frei von Beschwerden geblieben sei.

No. 9. Frl. M., 30 Jahre, aus B., leidet seit langer Zeit an Kopfschmerzen, klagt über Tröpfeln der Nase beim Vornüberbeugen. Bei der Untersuchung fanden sich adenoide Vegetationen und chronische hypertrophische Rhinitis. Probep. und Durchspülung ergaben am ersten Tage fast klare, nur wenige Schleimflocken enthaltende seröse Flüssigkeit, die in der Folge sich trübte, dann eitrig wurde, um bei weiteren Durchspülungen (im Ganzen 23 Mal) erst schleimig und dann wieder völlig klar zu werden. Mittlerweile beseitigte ich die Adenoiden und cauterisirte die hypertrophische Nasenschleimhaut. Nach 4 Wochen wurde Patientin geheilt entlassen.

No. 12. Frl. M., 35 Jahre, sehr nervöse Dame, klagt über neuralgische Schmerzen der rechten Kopfhälfte, und zwar besonders über dem rechten Auge. Befund: Mässige chronische hypertrophische Rhinitis und Pharyngitis, sonst nichts von Belang. Da die Probep. positiv ausfiel, so eröffnete ich mittelst Troicart, was einen fast momentanen Nachlass der halbseitigen Schmerzen zur Folge hatte.

No. 15. Herr H., 18 Jahre, Commis, war vor einem halben Jahr von mir an chronischem Nasen- und Rachencatarrh behandelt und damals anscheinend geheilt entlassen worden. Bei erneuter Vorstellung findet sich in Nase und Rachen keine Ursache für die Fortdauer der Klagen. Daher Probep., die die Anwesenheit klarer seröser Flüssigkeit ergiebt. Eröffnung mit Troicart. Patient nach 10 Tagen ohne weitere Durchspülung geheilt entlassen.

No. 18. Herr J., 25 Jahre, Zeichner, leidet an Verschleimung. Befund: starke chronische hypertrophische Rhinitis, chronische Pharyngitis und Laryngitis. Die eingeleitete und mit Unterbrechungen durchgeführte Behandlung lindert die Beschwerden, aber beseitigt sie nicht. Daher nach neun Wochen Probepunction beider Highmorshöhlen. In der rechten kein Inhalt, links seröse Flüssigkeit. Ohne weitere Durchspülung wird Patient nach ferneren acht Tagen, von seinen Beschwerden geheilt, entlassen.

NB. Bei Verdacht auf Erkrankung auch nur einer Oberkieferhöhle habe ich fast stets beide punctirt; ist nichts Besonderes erwähnt, so wurde die eine stets leer befunden.

No. 19. Herr W., 45 Jahre, Kaufmann, leidet seit Jahren an Nasen-

Digitized by Google

polypen beiderseits. (Bei Nasenpolypen fahnde ich stets auf etwa vorhandenes Empyem, da hierin wohl zumeist die Ursache für hartnäckig recidivirende Polypen gesucht werden muss und gefunden wird.) Die Probep. ergab rechterseits klare seröse Flüssigkeit, in der linken Highmorshöhle jedoch eingedickten, entsetzlich stinkenden Eiter. Beiderseits Eröffnung mittelst Troicart. Durch 51 Ausspülungen bei gleichzeitiger gründlicher Ausrottung der Polypen gelang es, das Empyem zur Ausheilung zu bringen; die rechte Highmorshöhle wurde nicht wieder ausgespült und blieb gesund.

No. 22. Herr G., 48 Jahre, Kaufmann, leidet seit altersher an Stockschnupfen und dumpfem Druck über Stirn und Augen. Befund: Beiderseits starke chronische hypertrophische Rhinitis und rechts einige Schleimpolypen. Probep. ergiebt klare seröse Flüssigkeit in der rechten Highmorshöhle. Eröffnung mittelst Troicart, keine weitere Durchspülung. Die gleichzeitig eingeleitete Nasenbehandlung führt innerhalb 3 Wochen zur Heilung.

No. 27. Herr B., 40 Jahre, Baumeister aus Bk., vor einem halben Jahr an chronischer hypertrophischer Rhinitis behandelt, kehrt wieder mit den Klagen über eingenommenen Kopf. Nasenschleimhaut nicht geschwellt, liegt straff auf dem Knochen. Probep. der rechten Highmorshöhle fällt positiv aus, die Eröffnung mittelst Troicart sorgt für Abfluss. Nach drei Tagen wird Patient frei von Beschwerden entlassen.

No. 29. Diese interessante und characteristische Beobachtung gebe ich ausführlicher.

Frau Geheimrath K. aus P., 58 Jahre, leidet seit Jahren an allerhand nervösen Beschwerden. Bevor ich mich zum ersten Male zu der Patientin begab, erhielt ich eine längere, eigenhändig verfasste Anamnese. Aus derselben citire ich Folgendes: Vor etwa 3 Jahren platzte mir oben in der rechten Nasenseite anscheinend eine kleine Geschwulst, die mir aber keine Schmerzen, sondern nur Druck in der Stirn verursacht hatte. Nachdem durch die Nase ziemlich viel gelbes Wasser abgeflossen, war der Druck verschwunden. — — Im Februar 1893 versuchte ich vorsichtig, den Kopf kalt zu waschen, da ich denselben bei meinen vielen rheumatischen und nervösen Kopfleiden durch wollene Tücher, Mützen etc. sehr verwöhnt hatte. Nach diesen Waschungen stellte sich starkes Kopfweh ein, das sich bis jetzt (Anfang Mai 1894; der Verf.) noch immer nicht wieder verloren hat. Weihnachten, wie der Schmerz unerträglich war, entdeckte ich, dass Warmhalten der Stirn den Schmerz linderte — — (Seit dieser Zeit trug Patientin Tag und Nacht ein Tuch vor der Stirn; der Verf.). Sind die Kopfschmerzen recht heftig, so ist mir oben hinter den Nasenlöchern der Schlund geschwollen — ich kann den Mund nicht weit öffnen, kann z. B. nicht gähnen oder einen grösseren Bissen ohne viel Schmerz in den Mund einführen. Das Kopfweh zieht sich, von der Stirn ausgehend, durch den ganzen oberen Kopf in den Hinterkopf und Nacken. Am schlimmsten ist es in der linken Kopfhälfte, die rechte ist seit einiger Zeit besser geworden. Die Kopfschmerzen treten periodisch schlimmer auf, namentlich sind sie im Bett am schlimmsten und kann ich sie dann nur dadurch lindern, dass ich vornübergebeugt im Bette sitze. Auch Schwin-

Digitized by Google

del, so dass ich mitunter beim Gehen taumele wie ein Betrunkener, sind Folge von heftigen Schmerzen."

Bei meinem ersten Besuch fand ich Patientin in schlechtem Zustande, das obenerwähnte Tuch um die Stirn geschlungen. Pat. klagte auch besonders darüber, dass sie fast gar nicht lesen oder schreiben könne. Die Untersuchung des Naseninneren ergab absolut nichts Abnormes, insbesondere keine hypertrophisch geschwollene Schleimhaut. Ich hatte wenig Hoffnung auf Erfolg, griff aber doch zur Probepunctionsspritze, um bei den lebhaften Klagen der Patientin Nichts unversucht zu lassen. Auch dem Hausarzt gegenüber, Herrn Kreisphysicus Dr. Tholen, der mich bei der Untersuchung unterstützte, machte ich kein Hehl daraus, dass meine Vermuthung, es könnte eine seröse Erkrankung der Highmorshöhle vorliegen, auf schwachen Füssen stehe. Um so freudiger waren wir überrascht, als die Probep. ergab, dass die linke Highmorshöhle eine reichliche Menge völlig klarer seröser Flüssigkeit enthielt. Noch angenehmer war die Entdeckung, dass die Patientin fast unmittelbar im Anschluss an die Eröffnung mittelst Troicart sich wesentlich erleichtert fühlte und gern auf das seit Monaten getragene Kopftuch verzichtete. Zur Vorsicht punctirte ich auch die rechte Seite, fand dieselbe aber völlig leer; der Stempel liess sich mit Leichtigkeit hervorziehen, ohne dass Flüssigkeit in den Glaskolben eindrang. Ich möchte hierauf speciell hinweisen. Frau Geheimrath K. schrieb nach 2 Tagen: „— — dass Sie mich in so rascher, möglichst schmerzloser Weise von meinen quälenden Kopfschmerzen befreit haben. Seit Sonntag kann ich schlafen, wie wohl nicht in 3/4 Jahren. Sonst ist mir jetzt die linke Kopfhälfte viel leichter und freier als rechts, so dass ich auch gar nicht mehr so schwindlig und taumelnd beim Gehen bin, wie früher — —. Die Behinderung beim Schlucken ist seit gestern auch ganz verschwunden —."

Aber schon nach 14 Tagen klagt Pat. von Neuem über „Dumpfheit und Schwere im Kopf", so dass ich 4 Wochen nach der ersten Untersuchung eine zweite vornahm. Die Patientin hatte sich sichtlich erholt, auch hatten die Schmerzen bei Weitem nicht den früheren Grad der Heftigkeit erreicht. Die Besichtigung des Naseninneren war wieder völlig ergebnisslos. Ich punctirte zunächst die linke Highmorshöhle in dem Gedanken, es könne sich wieder Flüssigkeit angesammelt haben, doch fanden wir dieselbe leer. Fast, möchte ich sagen, zum Ueberfluss punctirte ich auch die rechte Seite, die doch vor 4 Wochen völlig leer befunden war. Daher waren wir einigermaassen erstaunt, jetzt in der rechten Oberkieferhöhle reichliche Menge seröser Flüssigkeit zu finden.

Die Eröffnung hatte denselben Erfolg wie das erste Mal, d. h. die Beschwerden waren fast momentan so gut wie verschwunden. Wegen intercurrirender Erkältung schrieb Patientin erst nach 14 Tagen: „Jetzt ist mit der Erkältung der Kopfschmerz fast verschwunden . . . Wenn nur das Kopfweh, von dem Sie mich befreit haben, nicht wiederkehrt, muss ich diese Unbequemlichkeit (scil. Trockenheit der Nase der Verf.) ertragen!" Seither habe ich keinen weiteren Bericht erhalten.

Ich glaube, dieser Fall verdient unsere besondere Beachtung ein Mal wegen der Heftigkeit der Beschwerden bei dem Fehlen jeder sichtbaren Grundlage für dieselben; sodann wegen des momentanen und eclatanten

Digitized by Google

Erfolges des Eingriffes und drittens wegen des eigenthümlichen Umstandes, dass die anfänglich gesunde Oberkieferhöhle sich nach 4 Wochen ebenfalls als krank erwies.

Es wäre ja an sich wohl denkbar, dass die bei der ersten Consultation mit negativem Resultat vorgenommene Probep. der rechten Highmorshöhle den Reiz gesetzt habe, der zu der Ansammlung der 4 Wochen später entdeckten serösen Flüssigkeit Veranlassung gab. Allenfalls könnte man auch an eine septirte Oberkieferhöhle denken. Dagegen spricht der Umstand, dass Pat. sich kurz nach der ersten Operation anscheinend völlig frei von Schmerzen fühlte. Ich glaube vielmehr, dass bei der Patientin eine Neigung zur Ansammlung seröser Flüssigkeit bestand und dass zufällig kurz nach der Eröffnung der linken Seite die rechte spontan erkrankt ist. Dafür spricht die Thatsache, dass, wie aus der treffend geschilderten Anamnese der Pat. ersichtlich, offenbar schon vor 3 Jahren eine Ansammlung in der rechten Highmorshöhle stattgefunden hatte und spontan zur Entleerung gekommen war. Dass übrigens auch gleichzeitig beide Highmorshöhlen seröse Flüssigkeit bergen können, lehrte mich

Fall 33/34. Herr St., 40 Jahre, Kaufmann, litt seit Jahren an Nasen-Polypen. Hier constatirte die am selben Tage vorgenommene Probep. in beiden Highmorshöhlen seröse gelbliche Flüssigkeit. Nachdem die Eröffnung mittelst Troicart stattgefunden hatte und die Polypen entfernt waren, konnte Patient ohne weitere Durchspülung nach kurzer Zeit geheilt entlassen werden.

Soweit war die Arbeit gediehen, als mir vor einigen Tagen zwei neue Fälle zugingen, von denen der eine wieder sehr characteristisch war.

Fall 37. Marie A., 17 Jahre, litt seit zwei Jahren an fortwährenden Kopfschmerzen, besonders über dem linken Auge. Ich fand hochgradige chronische hypertrophische Rhinitis. Der Umstand, dass Patientin vorwiegend über linksseitigen Kopfschmerz klagte, veranlasste mich, die Probep vorzunehmen. In der That füllte sich der Glascylinder mit einer zwar klaren, aber stark glitzernden Flüssigkeit. Es sah aus, als ob lauter feinste Partikel von Stanniol in der Flüssigkeit suspendirt waren. Ich liess die Eröffnung der Höhle mit dem Troicart folgen, und hatte die Hülse noch nicht wieder entfernt, da erfreute mich die Pat. durch den Ruf: „Jetzt bin ich die Kopfschmerzen los!“ Ich habe Pat. in den nächsten Tagen noch zwei Mal gesehen, die Kopfschmerzen waren nicht wieder aufgetreten.

Herr Dr. Kurth, Director des hiesigen bacteriologischen Instituts, hatte die Freundlichkeit, die in dem Glascylinder enthaltene Flüssigkeit microscopisch und bacteriologisch zu untersuchen. Leider hatte ich versäumt, die zur Desinfection des Cylinders und Stempels verwandte Lysollösung vor der Benutzung der Spritze durch gekochtes Wasser gänzlich zu entfernen, so dass sich der in der Spritze zurückgebliebene Rest mit der pathologischen Flüssigkeit vermischte und einerseits bewirkte, dass etwa anwesende Bacterien getödtet wurden, andererseits zur Folge hatte, dass neben rothen Blutkörperchen zahlreiche kleine und grössere Fettkügelchen unter dem Microscop erschienen.

In dem microscopischen Präparat zeigten sich keine Bacterien, auch die Nährböden blieben gänzlich steril. Cholestearincrystalle, die ich,

Digitized by Google

ohne microscopisch untersucht zu haben, als die Ursache für das Glitzern der frisch entnommenen Flüssigkeit vermuthete, fanden sich nicht. Uebrigens war das Glitzern schon etwa eine halbe Stunde nach Entnahme der Flüssigkeit, während welcher Zeit dieselbe ruhig gestanden hatte und zum Theil geronnen war, auch macroscopisch völlig verschwunden.

P. S. Während des Druckes kam ein weiterer, typischer Fall von seröser Erkrankung der Highmorshöhle in meine Behandlung. In diesem Falle, wie jetzt immer, gebrauchte ich die Vorsicht, die zuvor gekochte und desinficirte Spritze unmittelbar vor dem Gebrauch durch frisch gekochtes Wasser zu sterilisiren. Die der Oberkieferhöhle entnommene Flüssigkeit war absolut klar.

Zwei Tropfen dieser Flüssigkeit wurden in Petri'scher Schaale auf Agar-Agar mit Zusatz von 1/4 Blutserum ausgesäet und 24 Stunden bebrütet. Nur zwei Colonien waren gewachsen, die nach Herrn Director Dr. Kurth sicher als Verunreinigung aufzufassen sind. Wir sind also zu der Annahme berechtigt, dass die in der Highmorshöhle sich ansammelnde Flüssigkeit völlig steril war.

Die Beobachtung am Lebenden zeigt uns, dass die Oberkieferhöhle sich lange Zeit trotz der gefährlichen Nähe der Nasenhöhlen vor dem Eindringen der Microorganismen zu schützen vermag. Immerhin möchte ich die Vermuthung aussprechen, dass manches Empyem auf dem Wege einer serösen Erkrankung durch nachträgliche Einwanderung der Microorganismen entstanden sein dürfte.

Zusatz. Soeben geht mir ein weiterer Fall von seröser Erkrankung der Oberkieferhöhle zu, der sich wie der oben erwähnte durch starkes Glitzern der frisch entnommenen Flüssigkeit auszeichnet. Die diesmal sofort vorgenommene microscopische Untersuchung der Flüssigkeit bestätigt meine oben ausgesprochene Vermuthung insofern, als massenhafte typische Cholestearincrystalle in derselben suspendirt sind.

Gesellschaft der ungarischen Ohren- u. Kehlkopfärzte.

Sitzung vom 25. Januar 1894.

Vorsitzender: Emerich Navratil.
Schriftführer: Ludwig Polyák.

Der Vorsitzende bringt den Anwesenden zur Kenntniss, dass die Gesellschaft bis jetzt 25 Mitglieder zählt.

1) Ernest Väli demonstrirt einen aus dem äusseren Gehörgange entfernten Fremdkörper, welcher in dem ausgespritzten Cerumen eingebettet war und sich bei näherer Untersuchung als die Frucht der Kornblume erwies. Reactive Symptome sind niemals vorgekommen und der Befund wurde bei einer Influenza-Otitis gemacht. Ein Beweis mehr, dass Fremdkörper zuweilen Jahre lang ohne Reaction im äusseren Gehörgang stecken.

Julius Böhe, Karl Morelli, Samuel Guth und Sigmund

Digitized by Google

Szenes berichten über mehrere Fälle von Fremdkörpern. Letzterer betont, dass bei der Entfernung zumeist das Ausspritzen genügt.

2) Emerich Navratil stellt zwei Fälle von syphilitischer Larynxstenose vor.

Der erste Patient, 27 Jahre alt, wurde vor einem Jahre in der Provinz operirt, es wurde die Laryngo-Tracheotomie gemacht und dann die Schmierkur angewendet, doch die Stenose änderte sich nicht. Auf die Abtheilung des Vortragenden aufgenommen (25. Juli 1893), zeigte der Kehlkopfspiegel den Kehldeckel stark nach rückwärts gebeugt, injicirt, verdickt und unbeweglich; beide Crico-arytaenoidgelenke steif, den Kehlkopfeingang sehr verengt. Der Pat. bekam Jodkali und die entzündliche Schwellung besserte sich zwar, doch war das Athmen bei verstopfter Canüle nur tagsüber möglich. Die Crico-arytaenoidgelenke blieben unverändert, unbeweglich. Als dieser Zustand über 10 Wochen anhielt, führte Vortragender am 9. November die tiefe Tracheotomie aus, um die Canüle, welche ohne Zweifel den unteren Theil des linken Crico-arytaenoidgelenkes drückte, tiefer zu stellen. Die Operation war dadurch erschwert, dass die ganze vordere Wand der Trachea in ein sehr festes Narbengewebe umgewandelt war, so dass eine Oeffnung nur seitwärts links am zweiten Trachealring zu bilden war. Die hier eingesetzte Canüle rutschte aber in Folge von frischen Ulcerationen um einen Ring höher und wurde dort nach Beginn der Granulationen mit einer Naht fixirt. Der Kranke bessert sich zusehends und will jetzt Vortragender, da der luëtische Process abgelaufen ist, die Dilatation der Larynxstenose mit seinem eigenen Kehlkopfdilatator vornehmen.

Der andere Patient, ein 48 Jahre alter Setzer, ist seit 20 Jahren luëtisch und leidet seit März 1893 an Schlingbeschwerden und schwerem Athmen. Am 9. September fand Vortragender die Epiglottis verdickt, injicirt, schwer beweglich, ein Einblick in das Larynxinnere war nicht möglich, das linke Crico-arytaenoidgelenk unbeweglich. Am 20. Novbr. wurde die tiefe Tracheotomie gemacht, Pat. bekam Jodkali und kann heute bei verstopfter Canüle gut athmen, die Stimme ist rein. Vortr. erklärt den günstigen Verlauf in diesem und in seinen anderen Fällen daraus, dass er niemals die Laryngotomie, wodurch die Unbeweglichkeit der Crico-arytaenoidgelenke hervorgerufen werden kann, sondern immer die tiefe Tracheotomie macht und empfiehlt den Operateuren ein ähnliches Verfahren.

Arthur Irsai hat im verlaufenen Jahre im St. Johannes-Spital mehrere Fälle von Stenose in Folge luëtischer Perichondritis gesehen und versuchte, anstatt Tracheotomie zu machen, die intramusculären Sublimat-Injectionen 0,05 pro dosi nach Lukasievich. Die Injectionen waren wöchentlich ein Mal gemacht, und zwar mit sehr gutem Erfolge, da die Stenose sich bald nach der ersten Injection besserte und nach der zweiten die Patienten schon gut athmen konnten, so dass die weitere Behandlung ambulanter gemacht wurde. Speichelfluss oder Stomatitis sind dabei nie vorgekommen. Auf diese Weise lässt sich die Tracheotomie zuweilen umgehen, muss man aber operiren, so ist er auch für die Tracheotomia inferior. Zur Dilatation benützt er die Schrötter'schen Bolzen; die Hartkautschukröhren leisten seiner Ansicht nach keine so guten Dienste, wie die O'Dwyer'schen Tuben.

Digitized by Google

Karl Morelli hat in 10 Jahren bei Navratil 84 Tracheotomien gesehen und selbst 20 gemacht; er fand, dass die Fälle gewöhnlich so dringend sind, dass an Quecksilbercuren nicht mehr zu denken ist. Haben wir zur Tracheotomie keine Assistenz, so können auch Blutegel zuweilen helfen. In einem Falle von Lungen- und Kehlkopfsyphilis bildete sich die hochgradige Stenose auf zwei Blutegel zurück. Von den Dilatatoren giebt er dem Navratil'schen den Vorzug.

Egmont Baumgarten meint, dass bei acuten Stenosen die antiluëtische Behandlung und Intubation am Platze sind, bei chronischen aber die Behandlung vom Sitze der Stenose abhängt. Zur Dilatation nach der Tracheotomie sind die Schrötter'schen Bolzen gut, wenn die Stenose im Larynx oder im oberen Theil der Trachea sitzt. Die Hartkautschukröhren sollen nicht im Anfang, sondern später, bei einigermaassen dilatirten Stenosen angewendet werden und haben den Vortheil, dass sie die Patienten selbst einführen können.

Emerich Navratil entgegnet, dass er gewöhnlich so hochgradige Stenosen sieht, wo die Operation sehr dringend ist, will aber in beginnenden Fällen die intramusculären Injectionen gern versuchen.

Sitzung vom 8. Februar 1894.

1) Ludwig Polyák: Ein Fall von Tonsillitis praeepiglottica follicularis.

Patient, ein 26 Jahre alter Gerber, meldete sich am 5. Februar mit der Klage, dass in der vergangenen Nacht an der Zungenbeingegend starke stechende Schmerzen, welche sich besonders bei dem Schluckakt steigerten, in Begleitung von Schüttelfrost und hohem Fieber auftraten, so dass er jetzt gar nicht schlucken kann und auch das Athmen erschwert ist. An diesem Tage (Montag) war die Tonsilla praeepiglottica stark geschwollen, bordeauxroth, mit schleimig-eitrigem Belage bedeckt und sehr empfindlich; die stark nach rückwärts gebeugte Epiglottis hochgradig ödematös, die Stimme rein. Am nächsten Tage waren Dyspnoe und Schluckschmerzen unverändert, die Follikel der Tonsilla praeepiglottica aber mit weissen Pfröpfchen bedeckt — das Bild der typischen folliculären Tonsillitis. Am Donnerstag hat sich der Zustand schon gebessert, die weissen Pfröpfe sind schon geschwunden, indessen bestehen noch mässige Schmerzen beim Schlucken, die Tonsilla praeepiglottica ist noch mässig angeschwollen, das Oedem der Epiglottis ist ebenfalls geschwunden und es ist nur eine leichte Schwellung sichtbar. Aehnliche Fälle sind in der Literatur ziemlich selten, die meisten wurden von Hagen, Fleischmann, Michelson und Gurowitsch mitgetheilt. Die Krankheit wird kaum so selten sein, da aber die practischen Aerzte bei Kranken, welche über Halsweh klagen und nicht heiser sind, gewöhnlich nur die Gaumentonsillen untersuchen, so bleiben ihnen die Krankheiten der Zungentonsille vorborgen. Dass die folliculäre Zungentonsillitis mit Epiglottisödem complicirt gewesen wäre, ist bis jetzt nicht beschrieben.

Discussion:

Baumgarten bedauert, den Fall nicht früher gesehen zu haben; er hält für wahrscheinlich, dass eine stärkere Entzündung vorangegangen ist, sie ist aber heute sehr mässig; diese Entzündungen recidiviren häufig und führen zu Hypertrophien, welche galvanocauterisirt werden müssen.

Digitized by Google

Bei der acuten Entzündung bietet das Schlucken von kleinen Eisstücken die schönsten Erfolge.

Onodi hat es auch öfters erfahren, dass die practischen Aerzte die Gegend der Zungentonsille nicht berücksichtigen. Die hier aufgetretenen Entzündungen verlaufen gewöhnlich ohne Nachtheil In einem sehr acuten Falle bildeten sich die Symptome bei antiphlogistischer Behandlung und Cocain in 8 Tagen zurück. Die Hypertrophien der Zungentonsille sollten häufiger behandelt werden, wie bisher; hier sind Jod, Lapis und Galvanocauterisationen an der Stelle.

Zwilllinger sieht an der Epiglottis heute kein Oedem, sondern nur eine Anschwellung. Die Schwellung der Zungentonsille bei acuter Entzündung ist sehr variable, in diesem Falle ist sie jetzt so gering, dass man es kaum noch als eine Entzündung auffassen kann. Die erwähnten subjectiven Symptome bestätigen zwar die Diagnose, das heutige Bild ist aber nicht characteristisch.

Polyák bedauert sehr, dass die Symptome der folliculären Entzündung heute schon geschwunden sind, doch habe er dies in seinem Vortrage schon betont. Die einfache acute Entzündung der Tonsilla praepiglottica ist keine Seltenheit; was den jetzigen Fall beachtenswerth macht, ist, dass vorgestern (am dritten Krankheitstage) die Follikel durch weisse Pfröpfe bedeckt waren und dass zur selben Zeit Epiglottis-Oedem bestand. Heute sind freilich keine weissen Pfröpfe mehr sichtbar und die Epiglottis auch nur mässig geschwollen, doch bleibt der Fall auch weiter interessant, da eine nachträglich kommende phlegmonöse Entzündung nicht ganz ausgeschlossen werden kann.

2) Ludwig Polyák: Ein Fall von Larynxstenose, durch ein Gumma verursacht.

Patientin erschien in Begleitung ihres Gatten am 1. Februar in der Wohnung des Vortragenden mit einem solch' hochgradigen Stridor, dass man auf eine sofortige Tracheotomie denken musste. Neben dem Stridor war ein eigenartiges klapperndes Geräusch hörbar, wie wenn in dem Kehlkopf etwas sich klappenartig bewegt hätte. Der Gatte der in Neu-Pest wohnenden Patientin gab an, dass die Frau, die schon seit Monaten heiser und drei Wochen aphonisch ist, seit der letzten Zeit an zunehmenden Athmungsbeschwerden und an mässigen Schlingschmerzen leidet.

Im Kehlkopfspiegel zeigten sich Epiglottis und Kehlkopfeingang intact; im Kehlkopfe selbst sass ein typisches riesengrosses Gnmma unter dem in toto ulcerirten linken Stimmbande. Das Gumma hatte in seiner Mitte ein kraterartiges, grosses, scharfgerändertes Geschwür und verschloss den Einblick in die Luftröhre vollständig. Aryknorpel und Kehlkopfmotilität waren intact Das erwähnte Nebengeräusch war durch ein necrotisches Gewebestück verursacht, welches an dem unteren Rande der ulcerirten Gumma sass und sich bei dem Athmen auf und ab bewegte, wodurch der ohnedies sehr enge Luftweg noch mehr beengt wurde.

Die Diagnose des Gumma war schon allein aus dem Spiegelbilde gesichert. Andere Zeichen der Syphilis waren weder bei der Frau, noch bei ihrem Manne zu finden; doch hatte die Frau bisher schon fünf todte Kinder geboren.

Vortragender wollte die Pat. wegen der drohenden Erstickungsgefahr

Digitized by Google

in's Krankenhaus schicken und nur dann, als dies die Pat. entschieden verweigerte, übernahm er die verantwortungsvolle Cur. Glücklicher Weise war die Wirkung einer Schmiercur (3 Grmm. Ung. ciner. pro die) sehr zufriedenstellend, die Athembeschwerden linderten sich schon am dritten Tage, und heute, am Ende der ersten Tour, ist das Athmen nur wenig erschwert, das Gumma hat sich um die Hälfte verkleinert und die Geschwüre beginnen auch schon zu verheilen.

3) Arthur Irsai: Ein Fall von geheilter Rachen- und Kehlkopftuberculose.

4) Emerich Navratil: Ein Fall von perichondritischer Kehlkopfstenose nach Tracheotomie spontan geheilt.

Wir kommen auf diese Vorträge noch zurück.

Sitzung vom 22. Februar 1894.

1) Navratil: Ein Fall von perichondritischer Larynxstenose, spontan geheilt nach Tracheotomie (Kranken-Vorstellung).

K. J., 40 Jahre alt, Wirthsgattin, stand wegen Heiserkeit und Schlingschmerzen schon im Herbst 1891 unter ärztlicher Behandlung, doch ohne Erfolg. Am 3. Septbr. 1892 hat ein Kehlkopfspecialist im Larynx Incisionen und Excisionen gemacht. Bei uns meldete sie sich ambulant erst im August 1892; wir fanden beide Aryknorpel perichondritisch erkrankt und stellten wegen der vorhandenen Larynxstenose eine Operation in Aussicht. Die Anamnese war auf Tuberculose negativ, über den Lungen hörten wir nur rauhes Exspirium, so dass die Diagnose auf Tuberculose nur mit Wahrscheinlichkeit gemacht wurde. Da die Localtherapie erfolglos blieb, wurde Pat. in die Abtheilung für Kehlkopfkranke des St. Rochusspitals am 22. October 1892 mit dem folgenden Zustande aufgenommen:

Die blasse, mehr cyanotische Patientin athmet schwer, geräuschvoll. Mund- und Rachenschleimhaut, sowie der mässig rückwärts gebeugte Kehldeckel auffallend blass. Schleimhaut der Aryknorpel besonders links stark geschwollen, injicirt, Glottis eng, Stimmbänder durch Anschwellung der Aryknorpel und Taschenbänder verdeckt. Am Tage der Aufnahme wurde die Tracheotomie gemacht. Untersuchung der Lungen und Sputa gaben in den nächsten Tagen keine Stützpunkte zur Annahme der Tuberculose.

Patientin verliess am 28. November 1892 das Spital, die Canüle wurde am 5. Mai 1893 entfernt. Momentan lässt sich — abgesehen von der mässigen Steifheit des rechten und geringer Atonie des linken Cricoarytaenoidgelenkes — keine pathologische Veränderung im Kehlkopfe mehr sehen. Das Spiegelbild ist normal, die Stimme ist stark und frei, das Athmen unbehindert.

Der Fall beansprucht das Interesse aus zwei Gründen: erstens in Bezug auf die Diagnose, da Luës zwar sicher ausgeschlossen werden konnte, doch konnte es weder bei der Aufnahme, noch später während und nach Verlauf der Krankheit mit Hilfe der klin. Beobachtungen und Untersuchungen festgestellt werden, ob die Perichondritis tuberculösen Ursprungs war? Wir fanden keine Veränderungen in den Lungen, trotz wiederholter Untersuchungen keine Bacillen im Auswurf, Fieber war

Digitized by Google

nur einige Tage lang nach der Operation vorhanden, die anderen Organe sind gesund und der Zustand der Pat. lässt heute nichts zu wünschen übrig. Vielleicht haben wir es mit dem äusserst seltenen Falle zu thun, wo bei hereditärer Anlage und bei Intactbleiben — oder zumindest nicht nachweisbaren Erkrankungen — der Lungen sich Larynxtuberculose entwickelt hat; sonst müssen wir das Leiden als eine Perichondritis — aus einfachem vernachlässigten Catarrh entwickelt — betrachten. Interessant ist der Fall auch von der therapeutischen Seite betrachtet, da ausser der absoluten Ruhe — bedingt durch die tiefe Tracheotomie — kein anderes Heilverfahren angewendet wurde.

Discussion:

Dr. Ludwig Polyák: Die Pat. stand vom 3. September bis zum 8. October 1892 auch unter meiner Behandlung und ich war schon damals in der Lage, die Diagnose sicher festzustellen. Ich fand damals stenotisches Athmen, bedingt durch die hochgradige Infiltration der Aryknorpel und aryepiglottischen Bänder. Die Stimmbänder zeigten das typische Bild der Chorditis desquamativa. Ulcera waren nicht vorhanden. Bei der Percussion fand ich Dämpfungen über beiden Lungenspitzen, besonders rechts, bei der Auscultation war indeterminirtes Athmen deutlich hörbar. Ich machte am anderen Tage wegen der Dyspnoe und Schlingschmerzen Scarificationen an beiden Aryknorpeln, und da dies nur eine vorübergehende Erleichterung schaffte, schnitt ich am 8. Sept. mit der Krause'schen Doppelcürette grössere Stücke aus der infiltrirten Schleimhaut beider Aryknorpel aus. In den excidirten Theilen habe ich Riesenzellen, Tuberkelbacillen, mit einem Worte typische Tuberculose gefunden. Ich sah Patientin noch 14 Tage lang. Die Wunden nach dem Cürettement vernarbten in 8 Tagen, doch besserte sich Pat. nicht, was um so leichter erklärlich ist, da sie sich in Vertretung ihres bettliegenden Gatten den ganzen Tag über in dem vollgerauchten, gar nicht ventilirten Schanklocal aufhalten, die Gäste bedienen und fortwährend sprechen musste.

Interessant ist also der Fall wegen der Diagnose, da man dieselbe aus dem Krankheitsbilde nicht stellen konnte, und ohne die histologische Untersuchung möchte der Fall noch heute zu den unaufgeklärten gehören. Doch noch interessanter wird der Fall durch die ideale Heilung, welche auf die Tracheotomie gefolgt ist. Es giebt viele Skeptiker unter den Laryngologen, die in die definitive Heilung der Larynxtuberculose kein Vertrauen setzen, und sehr gering ist die Zahl Derjenigen, die der Tracheotomie eine Heilwirkung auf den Verlauf der Larynxtuberculose zusprechen. Die schönsten Erfahrungen hat in dieser Hinsicht Moritz Schmidt gemacht und ich werde heute die Annahme, dass die Tracheotomie einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Larynxtuberculose hat, nachdem ich in diesem Falle Gelegenheit hatte, eine hochgradige doppelseitige tuberculöse Perichondritis in solch' ideale Heilung übergehen zu sehen, gerne bestätigen.

Dr. Baumgarten hat diesen Fall nach dem Spiegelbilde als eine idiopathische Perichondritis oder als postrheumatische Ankylose des Cricoarytaenoid-Gelenkes aufgefasst.

Navratil hat bei der Aufnahme nur an Perichondritis denken können. Im Auswurf waren keine Bacillen, Polyak hat sie auch nur

Digitized by Google

in den Schnitten gefunden. Es frägt sich, da N. die Lungen intact fand, ob ein geringes tuberculöses Infiltrat im Stande ist, eine solch' hochgradige doppelseitige Perichondritis hervorzurufen, dass dadurch Suffocation entstehen kann und die Tracheotomie gemacht werden muss. Aehnliche Fälle sah N. niemals. Es frägt sich weiter, ob in diesem Falle das Cürettement indicirt war, ob es nicht besser gewesen wäre, antiphlogistisch vorzugehen, ob die Entzündung nicht consecutiv war, befördert noch durch die Beschäftigung, durch Rauch, Sprechen etc. So viel steht fest, dass das Leiden vollständig geheilt worden ist. Heute ist der Fall nicht mehr tuberculös und N. fasst es eher als idiopathische, oder local entzündliche Perichondritis auf. Es ist auch möglich, dass die Tuberculose damals nur in einem kleinen Herde vorhanden war und durch das Cürettement vollständig entfernt wurde.

Dr. Polyák will in Bezug auf die Diagnose nicht all' das wiederholen, was er schon gesagt hat; die histologische Untersuchung genügt ja vollständig, da bei Riesenzellen und Tuberkelbacillen die Diagnose nicht angefochten werden kann. Im Auswurf fand er keine Bacillen, doch zeigte das Spiegelbild auf den ersten Blick ein solch characteristisches Bild der tuberculösen Perichondritis, dass er gleich diese Annahme fasste, und zwar, wie die Untersuchung bewies, ganz richtig. Hochgradige Perichondritis und Suffocation können hier ganz gut von der Tuberculose erklärt werden, wir brauchen keine ferner liegenden Ursachen zu suchen. Es ist auch kaum anzunehmen, dass der Fall darum heilte, weil nur wenige tuberculöse Herde vorhanden waren und auch vollständig entfernt worden sind; dies ist nicht wahrscheinlich, doch wissen wir von Moritz Schmidt, dass der nach Tracheotomie in absolute Ruhe gesetzte Larynx gerade so heilen kann, wie die in Ruhe gesetzten tuberculösen Gelenke.

2) Dr. Onodi: Topographie der Nebenhöhlen der Nase auf Gefrierdurchschnitten. (Demonstration.)

Auf den Präparaten lässt sich das Verhältniss der einzelnen Nebenhöhlen zu einander und zu den benachbarten Theilen sehr gut durchsehen.

3) Dr. Polyák: Cyste auf dem linken Aryknorpel.

Es handelt sich um eine erbsengrosse Retentionscyste, welche keine Beschwerden verursachte und nur zufällig entdeckt wurde. Selten ist der Sitz, da die Cysten zumeist an der Epiglottis oder dem Sinus Morgagni vorkommen.

Sitzung vom 15. März 1894.

1) Onodi: Präparat einer ulcerösen Perichondritis des Ringknorpels. (Demonstration.)

O. wurde zur 37 Jahre alten Patientin wegen Athembeschwerden gerufen. Das linke Stimmband war angeschwollen und in der Medianlinie fixirt, bewegte sich weder bei der Phonation, noch bei der Respiration. Das rechte Stimmband bewegte sich normal. Diese Verengerung der Glottis bei bestehendem Herzleiden und Emphysem hat die Dyspnoe verursacht. Pat. wurde in's Krankenhaus aufgenommen, wo sie gleich in der Nacht des Aufnahmetages während eines Erstickungsanfalls starb. Bei der Section fand man eine hochgradige Insufficienz der Bicuspidal-

Digitized by Google

klappen und hochgradiges Emphysem. Die Fixation des Stimmbandes wurde durch Gelenkankylose und entzündliche Infiltration der Umgebung verursacht. Verdeckt durch das fixirte Stimmband, ungefähr 8 Mm. abwärts, sass ein 2 Ctm. langes und 1 Ctm. breites, ovales Geschwür, an dessen Grunde der nackte Ringknorpel und blutreiche Granulationen zu sehen waren. — Die Granulationen zeigten unter dem Microscop einen bindegewebigen Character. — Luës und Tuberculose konnten ausgeschlossen werden, und so haben wir zur Erklärung dieses Geschwürs keine Stützpunkte.

2) Böke: Anwendung des kalten Wassers bei Ohrenleiden. Vortragender wendet die Kälte in Form von Eisumschlägen oder als Leiter'schen Apparat an: 1) in Fällen von Trauma, wo die äusseren Theile des Ohres gelitten haben, 2) bei entzündlichen Processen des äusseren Gehörganges, Trommelfells, der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes, 3) bei chronischen Eiterungen, wenn am Warzenfortsatze Empfindlichkeit, Schmerz oder sogar Oedem der Haut zu bemerken waren. Der Vortrag wird mit Krankengeschichten von Fällen illustrirt, die auf der Abtheilung für Ohrenkranke des Rochusspitals behandelt wurden; darunter zwei Fälle von Trauma mit Gehirnsymptomen, ein Fall von chron. eiternder Mittelohrentzündung, wo nach Creolingebrauch Bewusstlosigkeit, Sopor und hohes Fieber auftraten, und ein Fall von eitriger Paukenhöhlenentzündung mit Facialisparalyse complicirt. In all' diesen Fällen hatte B. von dem kalten Wasser sehr schöne Erfolge gesehen; ausserdem bei Influenza-Ohrenleiden, besonders im ersten Stadium, wo die Erfolge auffallend rasch und schön sind.

3) Discussion über die Entfernung der hypertrophischen hinteren Nasenmuschelenden.

Onodi: Bei einem jungen Manne, der mich wegen Nasenpolypen consultirte, musste ich, nach Entfernung der Polypen, um die Nasenathmung herzustellen, das 2 Ctm. lange, polypös hypertrophische hintere Ende der linken unteren Muschel mit der kalten Schlinge entfernen. Die Blutung wurde mit der vorderen Tamponade gestillt. Die Erfahrung zeigt, dass die Störungen der Nasenathmung oft trotz der Localbehandlung so lange bestehen, bis die hypertrophischen hinteren Muschelenden entfernt werden. In milderen Fällen kann auch die galvanocaustische Behandlung von Nutzen sein, doch bei grösseren Hypertrophien und polypösen Wucherungen kann nur die radicale Entfernung nützen. Ich operire die hinteren Muschelenden mit der durch die Nase eingeführten Schlinge. Die bimanuelle Einführung durch den Nasenrachenraum kann ich nicht empfehlen. Ich wende häufiger die kalte, als die Glühschlinge an, so sah ich niemals eine solche Blutung, welche ich mit der vorderen Tamponade nicht hätte stillen können. Ich empfehle daher bei den grösseren Hypertrophien oder polypösen Wucherungen der hinteren Muschelenden immer die radicale Operation, die Entfernung mit der Schlinge vorzunehmen.

Zwillinger: Bei Entfernung der Nasenpolypen müssen auch die hinteren Muschlnenden entfernt werden, wenn sie hypertrophisch sind, besonders in solchen Fällen, wie der demonstrirte. Die Hypertrophie kann himbeerartig oder polypoid sein, doch nicht allein diese sind zu entfernen, sondern auch die mit Erectionen verbundenen Schwellungen

Digitized by Google

der Muschelenden. Ich operire mit der kalten Schlinge durch die Nase, niemals durch den Nasenrachenraum und niemals bimanuell, da das Betasten das Sehen nicht ersetzt. Ich glaube, dass das bimanuelle Verfahren überhaupt überflüssig ist, da die Muschelenden selbst dort gut zu fassen sind, wo die Hypertrophie nur mässig ist. Grössere Blutungen sah ich niemals. Blutungen pflegen gewöhnlich nach Aufhören der Cocainwirkung einzutreten, es ist daher rathsam, den Patienten noch eine Weile nach der Operation zurückzuhalten.

Baumgarten hat Blutungen bei jedem Verfahren beobachtet, mit und ohne Cocain. Er hat die Operation mit kalter und Glühschlinge, auch mit Galvanocauter gemacht, doch wenn der Galvanocauter, was bei den Tauchbatterien keine Seltenheit ist, den Dienst verweigerte, dann war er gezwungen, mit der kalten Schlinge weiter zu operiren. Häufig war die Blutung nur unbedeutend, in anderen Fällen, besonders bei jungen Mädchen, musste er 3—5 Tage lang tamponiren. Er ist kein Freund der Amputation, gerade wegen der Blutungen, er wendet nur den Galvanocauter an. Hauptsache ist ein guter Strom; seitdem er Accumulatoren benutzt, kann er selbst grosse Tumoren in 2—3 Sitzungen abbrennen. Er benutzt in solchen Fällen einen seitwärts gebogenen Brenner.

Polyák: Interessant ist der Zusammenhang zwischen der einfachen, flach polypösen und der himbeerförmigen, sogenannten papillomatösen Hypertrophie der hinteren Muschelenden. Ich habe mich mit der Entstehung und Histologie dieser zwei Formen schon seit lange beschäftigt, ohne die verschiedene Entwicklung bei ganz gleicher histologischer Structur, abgesehen von den Epitheleinschnürungen an der Himbeerform, dieser zwei Formen erklären zu können.

Was die Behandlung betrifft, so möchte ich bei diesen zwei Formen nur die radicale Operation, die Amputation empfehlen, aber immer durch die Nase und nie durch den Nasenrachenraum. Ich wende gewöhnlich die kalte Schlinge an, da gegen Blutungen die Glühschlinge auch keine Sicherheit giebt. Das kommt daher, weil wir bei Anwendung der Glühschlinge den Strom zu einer grösseren Schlinge einstellen müssen, um die Geschwulst sicher fassen zu können. Bei der Abschnürung wird dann diese Stromstärke, welche die grössere Schlinge nur bis zum Rothglühen gebracht hatte, auf eine kürzere Schlingenlänge vertheilt, die Schlinge wird weissglühend, und die Wunde kann und wird gerade so bluten, wie bei der kalten Schlinge. Anstatt der reinen Schnittwunde haben wir eine verbrannte Wunde bekommen mit der lästigen Reaction und sind doch nicht gegen das Bluten sicher. Unter den kalten Schlingen halte ich die Krause'sche für die handlichste.

Nasenverstopfung kann aber auch durch einen einfachen Schwellungscatarrh der hinteren Muschelenden entstehen, und da können wir zuweilen die Schlinge deshalb nicht anwenden, weil das Muschelende nach der Cocainisirung ganz zusammenfällt. In solchen Fällen benutzte ich einen am Ende rechtwinklig gebogenen Spitzbrenner, welchen ich in das Muschelende einsteche, dort 1—2 Minuten lang glühen lasse, wodurch ich submucös das Schwellungsgewebe verbrenne. Die nachfolgende Narbe ist so solide, dass dadurch die Schleimhaut gut zum Knochen fixirt wird und keine Anschwellungen mehr auftreten können.

Digitized by Google

II. Kritiken.

Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. Nach den Ergebnissen meiner 24jährigen statistischen Beobachtung. Von Friedrich Bezold, Professor der Ohrenheilkunde in München.

Der Titel vorliegender Arbeit ist insofern berechtigt, als Verfasser nicht nur die Resultate seiner eignen Forschungen mittheilt, sondern auch vielfach die Arbeiten Anderer berücksichtigt.

An der Entwicklung der neueren Ohrenheilkunde ist Bezold betheiligt: 1) durch seine Forschungen über „die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom anatomischen Standpunkte aus", sowie durch die Feststellung des Krankheitsbildes nach Durchbruch der untern Wand des Warzenfortsatzes; 2) durch die Einführung der Borsäurebehandlung; 3) durch eine Reihe von Untersuchungen über den Werth der einzelnen Functionsprüfungsmethoden und die Einführung der continuirlichen Tonreihe.

Der statistische Bericht umfasst die Jahre 1872—1892 incl. Es wurden in dieser Zeit behandelt 20468 Kranke (incl. Privatpraxis) mit 21560 Ohrenerkrankungen. Der Bericht liefert ein schönes Uebersichtsbild über die Fortschritte, welche die Ohrenheilkunde in dieser Zeit gemacht hat, in Bezug auf unser diagnostisches wie auch therapeutisches Können. Es sind vor Allem anzuführen: 1) die Erkenntniss von der Bedeutung der Perforationen der Membrana Shrapnelli und die in Folge dessen eingeführten Operationsmethoden; 2) die Erkenntniss, dass viele der früher als Otitis externa diffusa registrirten Fälle durch Mittelohrleiden bedingt sind; 3) die bessere Trennung von Erkrankungen des mittleren und innern Ohres durch die Functionsprüfung.

Als sicheres Resultat der Functionsprüfung fand Bezold bei allen durch Inspection oder Auscultation erkennbaren Mittelohrerkrankungen (abgesehen von einigen Modificationen bei Flüssigkeitsansammlung im Mittelohre), sowie bei Sclerose:

1) Die untere Tongrenze ist mehr oder weniger hinaufgerückt.

2) Die Knochenleitungsdauer ist für alle Töne im untern Bereich der Scala von A an über die Norm gesteigert. Mit der Tiefe des Tones wächst seine Verlängerung für Knochenleitung. — Als Norm wurde die Knochenleitungsdauer des Untersuchers angesehen.

3) Der Rinne'sche Versuch fällt entweder stark verkürzt positiv oder negativ aus.

Bei Erkrankungen des inneren Ohres dagegen:

1) Eine Verkürzung für die Kochenleitung (mit A und a1 geprüft).

2) Eine sichere Perception für die tieferen Töne bis nahezu oder vollständig an die untere Tongrenze pr. Luftleitung.

3) Unverkürzter oder nur wenig verkürzter Ausfall des Rinne schen Versuches.

Nicht selten waren ausserdem grosse Ungleichmässigkeiten im Verlauf der Scala, insbesondere grössere Defecte am obern Ende der Scala.

Alle Fälle von chronischer Schwerhörigkeit mit negativem Befund am Trommelfell (Trübung und Verdickung rechnet Verf. nicht zu den positiven Befunden), bei welchen nicht eine der beiden erwähnten Symptomgruppen rein vorhanden ist — ebenso die einseitigen hochgradigeren

Digitized by Google

Schwerhörigkeiten, bei welchen die gute Knochenleitung der gesunden Seite unsere Untersuchung behindert — die Fälle von sehr geringer Herabsetzung der Hörweite —, die Fälle, in welchen überhaupt nur mangelhafte Angaben zu erhalten waren, werden in die unbestimmte Rubrik „Dysacusis" verwiesen.

Die Klasse der Dysacusen ist eine ziemlich beträchtliche.

Unter 17087 Patienten (seit 1881) fand sich:

1) Otitis med. simpl. chronica mit Einsenkungserscheinungen am Trommelfell 3,4 pCt.
2) Sclerose 7,0 pCt.
3) Erworbene nervöse Schwerhörigkeit ca. 6,5 pCt.
4) Nicht localisirbare Dysacusis 4,2 pCt.

* * *

Es ist Bezold somit gelungen, für zwei grosse Gruppen der Erkrankungen des Ohres durch die Functionsprüfung je eine einheitliche Formel zu finden. Es ist das gewiss ein grosses und unbestreitbares Verdienst. Trotzdem glaube ich nicht, dass es berechtigt ist, nun alle Fälle, auf welche diese Formeln nicht passen, als nicht diagnosticirbare zu behandeln — ebensowenig, als ich an die wiederholt betonte Bedeutungslosigkeit der Trommelfellbefunde bei nicht vorhandener Einziehung glauben kann. Besonders halte ich die weissliche Trübung für ein wichtiges Symptom chronischen Catarrhs, auch wenn momentan keine Hörverschlechterung vorhanden ist. Solche Individuen leiden immer an Catarrhen der Nase und des Nasenrachenraumes, und werden meist schwerhörig, wenn die vorhandenen Catarrhe nicht bekämpft werden.

An der Untersuchungsmethode bei Functionsprüfungen habe ich auszusetzen, dass der Untersucher sein eignes Ohr als Normalohr benutzen soll. Meiner Ansicht nach sollte jede Stimmgabel, welche für derartige Untersuchungen verwendet wird, vorher an einer Reihe von Normalhörenden geprüft werden.

Die Formel für die erworbene nervöse Schwerhörigkeit umfasst ebensowenig alle mit Sicherheit diagnosticirbaren Fälle, wie die Formel für Affectionen des Schallleitungsapparats. Dass alle Fälle von Mittelohrerkrankungen mit Verkürzung der Knochenleitung —, alle Fälle von entschieden positivem Ausfall des Rinne'schen Versuches bei älteren Affectionen des Schallleitungsapparates — alle Fälle von Erkrankung des percipirenden Apparats mit Taubheit nur für die tiefen Töne zur Gruppe der nicht localisirbaren Dysacusis gerechnet werden sollen, will mir nicht einleuchten.

Bezold's Standpunkt bei der Diagnose von Erkrankungen des Schallleitungsapparates lässt sich nur durch seine Theorie erklären, dass die Anspannung des Schallleitungsapparates an und für sich die Perception für Knochenleitung verbessere. Daher stammt seine eigenthümliche Deutung der Resultate des Rinne'schen Versuchs — daher die Ansicht, dass der Weber'sche Versuch, besonders bei doppelseitigen Erkrankungen, „nur ausnahmsweise als Criterium benutzt werden könne", weil eben die Resultate des Weber'schen Versuchs nicht zur Theorie passen. Wäre Bezold's Theorie richtig, so müsste bei reiner Sclerose die

Digitized by Google

a[1] Gabel vom Scheitel oder besser Nasenwurzel nach dem schlechteren Ohre gehört werden — sie wird aber in der That nach dem für Sprache besseren Ohre gehört. Ebensowenig lässt sich damit erklären, warum bei normalen Ohren die Stimmgabel vom Scheitel nach dem leicht verschlossenen Ohre gehört wird, während bei tieferem Einpressen des Fingers der Ton nach dem unverschlossenen Ohre überspringt.

* * *

Auf die Beschreibung aller einzelnen Krankheitsformen, ihrer Diagnose und Behandlung kann hier nicht näher eingegangen, sondern muss auf das Original verwiesen werden, welches eine Fülle guter Beobachtungen und treffender Schlussfolgerungen enthält. Von besonderem Interesse erscheint die Besprechung der Mittelohreiterungen, — der Nachweis, dass bei acuten Infectionskrankheiten die Flüssigkeitsansammlungen im Mittelohr denselben Character haben, wie bei perforirender Entzündung, — die Feststellung der günstigen und ungünstigen Bedingungen für die Resorption, — die Besprechung der tuberculösen Erkrankung, des Scharlachs und seiner Folgezustände, — und vieles Andere verdient im höchsten Grade die Beachtung weiterer Kreise.

Was die Behandlung der Otitis media purulenta betrifft, so habe ich seit einer Reihe von Jahren fast ausschliesslich die Borsäurebehandlung nach Bezold angewendet. Ich kann mich keines einzigen Falles entsinnen, der zu dem Verdacht hätte Veranlassung geben können, dass durch die Borsäurebehandlung schwerere Complicationen entstanden wären. Die Mittheilung, dass in allen Fällen von Mittelohreiterung eine exacte Austrocknung des ganzen Raumes, „auch der Paukenhöhle und ihrer Adnexa, soweit die Verhältnisse dies zulassen, mittelst watteumwickelter Sonden" der Luftdouche folgen müsse, bezieht sich hoffentlich nur auf chronische Eiterungen.

Zu den Fällen von Empyem des Warzenfortsatzes mit Durchbruch nach der Incisura mastoidea möchte ich bemerken, dass ich bei tiefer liegenden Senkungsabscessen nie die von Bezold als characteristisch bezeichnete Anschwellung unterhalb des Warzenfortsatzes gesehen habe.

In Bezug auf die Ausgänge bei Perforation der Membrana Shrapn. stimme ich mit Verf. überein, dass vollständige Ausheilung auch ohne operativen Eingriff gar nicht so selten ist. Ich habe sogar wiederholt vollständigen Wiederverschluss gesehen. In diesen Fällen habe ich mich nicht der Bezold'schen Methode der Pulverinsufflation bedient, sondern mit Aetzmitteln und Adstringentien behandelt. Bei schweren Cholesteatomfällen operirt B. nach der Methode von Siebenmann. Es ist auch nach meiner Ansicht zum Mindesten überflüssig, den noch vorhandenen Epithelüberzug der Cholesteatomhöhlen zu zerstören — soviel ich weiss, hat übrigens Zaufal's Methode in dieser Beziehung nur wenige Nachahmer gefunden.

Bei der Besprechung der Ohrenleiden nach Influenza vermisse ich die Erwähnung der nervösen Schwerhörigkeit. Ich bemerke dies nur deshalb, weil die hier beobachteten Fälle genau Bezold's Formel für erworbene nervöse Schwerhörigkeit entsprachen.

Digitized by Google

Ich schliesse die Besprechung des in so vieler Beziehung hochinteressanten Buches mit dem Wunsche, dass es die verdiente Verbreitung finden und auch in weiteren Kreisen Interesse für die Bedeutung und die Fortschritte der Ohrenheilkunde erwecken möge.

Erlangen, den 16. März 1895. Kiesselbach.

III. Referate.

a) Otologische:

Ueber die Otitiden bei Typhus abdominalis. (Russisch.) Von Dr. E. J. Botkin. (Botkin's Hospitalzeitung No. 1, 2 u. 3, 1895.)

Verfasser beginnt seine lesenswerthe Abhandlung mit einer Uebersicht über die stattliche Literatur des Gegenstandes, wobei er hervorhebt, dass man bisher für die bei Typhus abdominalis auftretenden Mittelohrentzündungen nur die Tuba Eustachii und die Blutbahn als Invasionsweg in Betracht zog.

Verfasser hat nun im St. Petersburger Marienhospital im Sommer 1894 bei 26 an Typhus abdominalis Erkrankten 21 mal Otitis externa diffusa acuta duplex und in einem Falle Otitis externa diffusa acuta dextra et otitis media purulenta chronica sinistra gefunden und spricht die Vermuthung aus, dass ein Theil der bei Abdominaltyphus auftretenden Mittelohrentzündungen durch Uebergreifen der Otitis externa auf Trommelfell und Paukenhöhle verursacht sein dürfte. Aus diesen Erwägungen ergebe sich die Nothwendigkeit einer vernünftigen Pflege auch des Gehörganges bei Typhuskranken.

Zum Schluss betont Verfasser, dass im Jahre 1893 im Marienhospital unter 357 Typhuskranken 19 mit eitriger Otitis behaftet waren. Von diesen seien fünf gestorben und zwar der eine an eitriger Pneumonie mit metastatischer eitriger Nephritis, der zweite an multiplen Leberabscessen, der dritte an Pyämie, ein vierter an Septicopyämie. Unter sämmtlichen übrigen Typhusfällen (ohne Otitis) kam kein einziges Mal Pyämie vor. Gorodecki.

Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. (Deux cas de surdité hystérique.) Von Dr. A. Cartaz. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 11, 1894.)

Nicht so selten, wie früher angenommen wurde, besonders seit der Arbeit von Gradenigo. Der eine Fall des Verf.'s betraf ein hysterisches Taubstummsein, der zweite Fall aber ein Blindtaubsein; beide wurden geheilt. Dr. P. K.

Taubheit und Verlust eines Auges durch Contusion und Schrecken. (Surdité unilatérale et perte d'un oeil par suite de contusion et d'émotion.) Von Dr. Jouslain. (Bulletin et mémoires de la société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris No. 5, 1894.)

Der seitdem enthauptete Anarchist Henry wurde nach dem Attentate im Terminuscafé in Paris auf seiner Flucht zuerst von dem betreffenden Patienten aufgehalten. Letzterer erhielt von dem Verbrecher aus

Digitized by Google

nächster Nähe einen Revolverschuss in die rechte Seite, welcher Schuss eben wegen allzugrosser Nähe und wegen der schlechten Waffe blos eine starke Contusion hervorbrachte; nichtsdestoweniger fiel der Patient Mauric besinnungslos zu Boden, bekam eine Stirnwunde und Blutspeien. Nach 17 Tagen erst bemerkte er, dass er auf der rechten Seite taub und ebenfalls rechts blind war. Patient bot das Bild eines Neurasthenikers; die Untersuchung des Ohres ergab ein negatives Resultat; die Blindheit des rechten Auges schien theilweise nur von dem Fall auf die Stirne herzuführen. Verf. ist der Ansicht, dass man nervöse Störungen des Auges und des Ohres annehmen soll, ebenso wie die mit Contusionen und heftigen Gemüthsbewegungen verbundenen Eisenbahnunfälle die der Railwayspine eigenthümlichen functionellen Störungen hervorbringen.

Dr. P. K.

---

b) Rhinologische:

Beitrag zum Studium der Hydrorrhoea nasalis. Von Dr. L. Lichtwitz, Bordeaux. Vortrag, gehalten in der Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris, am 4. November 1892. (Sonder-Abdruck aus der Prag. med. Wochenschr. 1893, No. 7—9.)

Verf. citirt erst eine grosse Anzahl von Publicationen über das einschlägige Thema und berichtet dann seine eigenen beiden Beobachtungen.

Die erste betrifft eine 50jährige Frau, die seit ihrer Jugend ohne nachweisbare Ursache Schleim, der von der Nase in den Rachen fiel, auswarf. Seit 29 Jahren bestand Druckgefühl in der Nase, Anfälle von profuser wässriger Secretion, die mit Zittern, Unbehagen, Anorexie, Schmerzen im Körper, namentlich den Nagelgliedern, heftigem Niesen, Thränenträufeln und Lichtscheu einhergingen. Die Anfälle dauerten 3—4 Tage, manchmal bestand Somnolenz. Seit 7 Jahren bestanden heftige Schmerzen in der Nasenwurzel, der Stirn und im Scheitel rechterseits, die bei der geringsten Bewegung angefacht wurden, ausserdem Jucken an verschiedenen Körpertheilen, besonders dem Druck ausgesetzten, grosse Schwierigkeit, die Augen nach dem Schlafe zu öffnen, eine Art vorübergehender, höchst sonderbarer Hemianopsie, bei welcher die Objecte durch eine von rechts oben nach links unten gezogene Diagonale halbirt waren, so dass die Kranke nur die obere linke Hälfte sah. Diese Hemianopsie dauerte 20—25 Min. Ausserdem kamen Convulsionen und Attacken mit Bewusstlosigkeit vor. Die Nasenuntersuchung ergab negatives Resultat. Da die Patientin ihr Leiden in die Gegend des rechten Sinus frontalis verlegte, wurde dieser von der Nase aus punktirt und die Punktion noch zweimal wiederholt, ohne dass Eiter entleert werden konnte, wohl aber trat bedeutende subjective Erleichterung auf, wenn auch die Anfälle nicht ausblieben. Nachdem in einem solchen grosse Mengen gelatinöser, safranfarbiger Massen durch Nasenrachen und Nase entleert wurden und diese Secretion 11 Tage angehalten hatte, war Patientin ganz geheilt.

Die wässrige Absonderung stammte aus der Nase, denn sie war von Niesanfällen und Thränenträufeln begleitet und ging am 4. Tage in eine schleimige über, wofür nur die Nase als Quelle angesprochen

Digitized by Google

werden kann. Chemische und macroscopische Untersuchungen konnten nicht gemacht werden. Die schleimige Secretion zwischen den Anfällen leitet Verf. von einer chronischen catarrhal. Affection der rechten Stirnhöhle ab, die wahrscheinlich Folge einer cystischen Geschwulst daselbst war. Das Auftreten der nervösen Symptome wird man sich aus dem Wachsthum der Cyste und der hierdurch bedingten Läsion des Sinus frontalis an einer zweifellos schon vorher neurasthenisch gewesenen Person erklären können, wofür auch die Besserung der Symptome nach der Punktion und ihr gänzliches Ausbleiben nach dem Platzen der Cyste und der Entleerung des reichlichen gelatinösen Schleimes sprechen.

In einem zweiten Falle handelt es sich um eine 24jährige Frau, die seit zwölf Jahren an Kopfschmerzen namentlich über der Nasenwurzel und in der Schläfe litt. Seit 2—3 Jahren warf sie jeden Augenblick klebrige Massen aus, die ihr in den Rachen fielen. Die Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes und die Probeausspülung der Highmorshöhle ergaben negatives Resultat. Es wurde der rechte Sinus frontalis punktirt und aspirirt. Weder hierbei noch bei Carbolausspülungen wurde Eiter gefunden. Seither jedoch sind die Stirnkopfschmerzen ganz ausgeblieben, ebenso der Schleimauswurf durch 2 Monate, dann fing er wieder an; die Kopfschmerzen aber kehrten nicht wieder.

L. ist zwar der Ansicht, dass die Aetiologie wahrscheinlich für alle Fälle von Nasenhydrorrhoe nicht die gleiche ist, meint jedoch, man solle in Zukunft den Nebenhöhlen mehr Aufmerksamkeit schenken.

Dr. Hitschmann.

Adenoide Vegetationen im Nasopharynx. (Adenoid vegetations in the nasopharynx.) Von Kendal Franks, Dublin. (Lancet, 22. December 1894.)

Verf. besprach in der Royal Academie of Medecine in Irland die Wichtigkeit der genannten Gebilde und theilte mit, dass er die Operation mittelst des Gottstein'schen Schabers in der Chloroformnarcose mache und wenn die Gaumenmandeln gross seien, diese ebenfalls in derselben Sitzung mittelst der Guillotine entferne. Er macht die Operation am hängenden Kopfe und tamponirt den Nasopharynx nach der Entfernung der Vegetationen mittelst in Tanninlösung getauchter Wattetampons für kurze Zeit; er entfernt die Tampons, so lange der Kranke noch unter dem Einfluss des Chloroforms ist.

M. Schm.

Temporäre Resection der Nase nach Ollier als vorbereitende Operation bei Entfernung von Tumoren aus der Nasen- und Nasenrachenhöhle. Von Prof. W. J. Rasumovsky in Kasan. (Russkaja Medicina No. 3, 1895.)

Verfasser zieht die Methode, die bekanntlich in Mobilmachung der Nase an ihrer Wurzel und Herunterklappen derselben besteht, allen andern vor, und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) die Methode von Ollier giebt genügenden Zutritt zu den Tumoren; 2) die Tumoren selbst, speciell des Nasenrachenraumes seien am besten mit der galvano-

Digitized by Google

caustischen Schlinge zu entfernen; 3) bei grossen Tumoren sei auch die präliminäre Tracheotomie mit Tamponade der Trachea vorauszuschicken; 4) die Nase braucht nicht sofort wieder angenäht zu werden, man kann mehrere Tage warten (zur Controlle wegen Nachblutungen); 5) das cosmetische Resultat sei vollkommen zufriedenstellend.

Gorodecki.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Adnex-Klinik der medicin. Facultät Bordeaux unter Leitung des Dr. E. J. Moure. Statistische Uebersicht über die Krankheiten des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase und Ohren. (Clinique annexe de la faculté de médecine de Bordeaux. Service du Dr. E. J. Moure. Revue statistique des maladies de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles.) Von Dr. R. Beausoleil, klin. Assistenten. Bordeaux 1893.

Der Ergänzungscurs der Klinik für Kehlkopf-, Ohren- und Nasenleiden wurde durch Ministerialerlass vom 22. September 1891 eingerichtet und am 15. November von Dr. E. J. Moure begonnen. Bis zu der von der Stadt Bordeaux dem Staate versprochenen Organisation wird derselbe in einem zur Facultät gehörigen Local in St. Raphael, nahe dem St. André-Hospital abgehalten. Das nöthige Unterrichtsmaterial wurde in speciellen Sälen aufgehoben. Zur Beleuchtung dient je nach Bedarf Gas, Drummond'sches oder electrisches Licht, letzteres durch Accumulatoren geliefert. Mindestens 12 Kranke können gleichzeitig untersucht werden. Die Einrichtungen der, wenn auch jetzt nur provisorischen, Klinik stehen in nichts hinter denen in Wien und den deutschen Universitäten zurück. Die Behandlung findet 4mal wöchentlich statt, der Sonnabend-Vormittag ist der Untersuchung seltener Fälle gewidmet. Im ersten Jahre, d. h. vom 1. November 1891 bis 31. October 1892 wurden behandelt: Kehlkopfkranke 698, Nasenkranke 377, Ohrenkranke 782, zusammen 1857, davon 902 Männer, 955 Weiber. Eine Besprechung der nach verschiedenen Richtungen gruppirten Tabellen würde zu weit führen, erwähnt sei nur noch, dass 416 Operationen gemacht wurden. — Dem statistischen Theile folgt noch ein Bericht über seltene und interessante Beobachtungen.

Hypertrophia amygdalarum wurde bei Kindern wenn möglich mit dem Fahnenstock'schen Instrument, bei versteckten Tonsillen mittels galvanocaustischer Ignipunctur, bei Erwachsenen mit besonders gutem Erfolge namentlich ohne Blutung mit der rothglühenden galvanocaustischen Schlinge operirt.

Adenoide Tumoren an der hinteren Parthie der Zungenbasis wurden fast immer mittels galvanischer Ignipunctur behandelt. In einem Falle waren die Massen so stark entwickelt, dass sie mit der Schlinge abgetragen werden konnten. Zwei Fälle von Lues dieser Region wurden von M. Labit, Eleven der Klinik, publicirt.

Von Neoplasmen der Tonsillen wurden ein Lymphosarcom bei einem 65jährigen Manne und ein Epitheliom, das den Larynx ganz verdrängt hatte, beobachtet. Beide Fälle waren inoperabel.

Digitized by Google

Mycosis wurde meist in gewöhnlicher Ausdehnung und Art, einmal aber den ganzen Nasen-Rachen-Raum bis zu den Tuben-Ostien, den Zungengrund und die Plicae glosso-epiglotticae einnehmend beobachtet. Zur Zerstörung des Pilzes wurden die erkrankten Parthien mit einem in die Lösung von Nabias und Sabrazès getauchten Pinsel stark abgerieben (Chlorzink 95,0 Grmm., Aqu. destill. 50,0 Grmm., Jodkali 150,0 Grmm., Jod 7,5 Grmm.).

Pharyngo-laryngitis sicca trat immer Affectionen der Nase und des Nasenrachenraumes begleitend auf. In einem Falle fanden sich sogar in der Trachea Krusten: Ozaena trachealis. Sie wurde mit intratrachealen Einspritzungen von Menthol-Oel sehr rasch behandelt.

Nasenrachencatarrh, Catarrh der Luschka'schen Bursa, Tornwald's Angina. Unter den zahlreich beobachteten Fällen von Nasenrachencatarrh waren 17 auf Luschka's Bursa beschränkt. Die zur Beschränkung der Secretion vorgenommene Cauterisirung gab nicht zufriedenstellende, die Curettage (nach Kafemann und Lubet-Barbon) gab bessere Erfolge. Wirklich radicale Behandlung wird nur erzielt mit der Entfernung jeder Spur von adenoidem Gewebe durch die modificirte Gottstein'sche Curette. Hédon, Eleve der Klinik, hat hierüber publicirt (Thèse de Bordeaux 1892).

Adenoide Vegetationen wurden von Moure immer mit der Gottstein'schen Curette entfernt, solche in den Choanen mit der Curette von Hieguet (Brüssel), bei ungebärdigen Kindern wurde Bromäthylanästhesie angewendet. Die Operation war nur bei einem 9jährigen, während des Keuchhustens operirten Mädchen von einer dreimal auftretenden stärkeren Blutung gefolgt.

Fibröse und fibromucöse Polypen wurden 3mal beobachtet. Bei einem 60jährigen Mann machten sie durch Ausfüllung des ganzen Nasenrachenraumes die Athmung unmöglich. Die Entfernung geschah vom Rachen aus mit der kalten Schlinge, der am Keilbeinkörper haftende Stumpf wurde galvanocauterisirt. Es trat complette Heilung ein.

Hydrorrhoea, Reflex-Neurosen nasalen Ursprunges. Ein Fall mit sehr reichlicher Secretion zeigte Entfärbung und begrenzte Anschwellung der Schleimhaut in der Höhe der unteren Muschel. Cocain war ohne Einfluss, galvanische Behandlung beseitigte die Symptome. Die Sinus waren normal. Von den Reflex-Neurosen waren am häufigsten krampfhaftes Niesen, Gesichts-Neuralgien, Migräne, Larynxspasmen; alle wurden durch locale Behandlung geheilt, nur ein Fall vorübergehend gebessert.

Coryza pseudo-membranacea: 3 Beobachtungen: zweimal beiderseitig, einmal einseitig; die Affection breitete sich nicht auf die Gebilde des Rachens aus. Die Loslösung des Exsudates wurde erzielt durch Ueberstreichen mit Jod 0,10 Grmm., Jodkali 0,15 Grmm., Acid. carbol. 10 Grmm., Glycerin. pur. 45,0 Grmm.

Coryza caseosa wurde zweimal, einmal mit einem Polypen der mittleren und Hypertrophie der unteren Muschel und einmal mit einer Affection des Sinus maxillaris, Schleimhautschwellung und fleischigen Excrescenzen beobachtet.

Coryza atrophica wurde von Moure mit Insufflation von 5 bis 25% Nitras argenti oder Chlorzink von $^1/_{30}$ oder $^1/_{10}$ behandelt.

Digitized by Google

Herpes wurde mit Theer- oder Salicylsalbe behandelt.

Knochencyste der mittleren Muschel wurde einmal beobachtet und enthielt einen Schleimpolypen von Haselnussgrösse.

Deviation des Septum mit Sporenbildung. Ein mit dem Drillbohrer operirter Patient bekam eine abundante, schwer zu stillende und wiederkehrende Blutung, die anderen Fälle wurden nach Bergonié und Moure electrolytisch behandelt.

Empyeme des Antrum maxillare. Meist bestätigte die Durchleuchtung die Diagnose; war dieselbe zweifelhaft, so wurde eine Probepunction vom unteren Nasengang oder einer Alveole aus gemacht, mehrmals ergaben die Probeausspülungen Anfangs nichts Abnormes, später aber eitrige Massen, was den Verdacht erweckt, es sei erst durch die Ausspülung Infection und Entzündung der Antrum-Schleimhaut entstanden. Um dies zu vermeiden, punktirt Moure oft mit einer zu diesem Zwecke construirten galvanischen Spitze. Meist wurde das Antrum von der Alveole aus breit eröffnet und dann verschiedentlich: mit Ausspülungen, Insufflationen, Tamponade behandelt, ohne dass eine Methode sich vor den anderen besonders bewährt hätte.

Laryngitis variolosa: Einmal wurde an einer Frau im Desquamationsstadium der Blattern eine oberflächliche Ulceration an der Kehlkopffläche der Epiglottis beobachtet. Die Kranke hatte nur leichte Schlingbeschwerden und Heiserkeit.

Laryngitis tuberculosa: Bei einer Kranken, welche an lebensgefährlicher Athemnoth litt, erklärte die oedematöse Schwellung der hinteren Kehlkopfregion nicht die Schwere der Erscheinungen. Die interne Untersuchung (Dr. Bitot) liess auf Entzündung der tracheobronchialen Drüsen schliessen. 48 Stunden nach der Tracheotomie starb die Kranke und die Autopsie ergab voluminöse Drüsen um die Trachea und grossen Bronchien, welche die Stenose erzeugten.

Leichtere Formen wurden mit Menthol-Oel, Guajacol, Jodoform, Creosot behandelt.

Lupus laryngis, epitheliomatöse Degeneration bei einem Mädchen von 15 Jahren. Ausgedehnte Ulcerationen bis zum Spatium interarytaenoideum, wo einige Excrescenzen die Glottis zum Theil verlegten. Nach mehrfachen erfolglosen Behandlungen entfernte M. die Excrescenzen mit der Scheere. Die histologische Untersuchung ergab den Bau eines Epitheliomes auf zweifellos lupöser Basis, wie man es mitunter auf der Cutis sieht. Die Kranke ist seither gesund geblieben.

Von Fremdkörpern wurden zwei, eine Fischgräte und ein Glasstück entfernt.

Eversion des Ventriculus Morgagni nach acuter Laryngitis an einem robusten, nicht syphilitischen Patienten beobachtet.

Ohrenkrankheiten.

Fremdkörper wurden ausnahmsweise wegen ihrer geeigneten Form mit der Pincette bei Beleuchtung des Gehörganges entfernt. Sonst ist die Ausspritzung mit warmem Wasser in Gebrauch.

Otitis media suppurativa chronica wurde verschiedentlich mit durchaus variablem Erfolge behandelt. Aristol bewährte sich nicht.

Aspergillus nigricans kam immer in Begleitung eitriger Mittel-.

Digitized by Google

ohrentzündungen vor. Die beste Behandlung bestand in gründlicher Reinigung der Trommelhöhle und Eintropfen von Borspiritus.

Cholesteatome: drei Beobachtungen, zweimal lagen die Cholesteatome in der vorderen oberen Wand des Felsenbeines. Beim dritten Falle lag die Höhle in der oberen Gehörgangswand.

Trockene Mittelohrentzündungen wurden durch intratympanale Operationen wenig gebessert.

Mastoiditis, Abscesse des Warzenfortsatzes: Erst beginnende Fälle wurden mit Pointes de feu behandelt. Wurde der Process nicht begrenzt, so wurde der Wilde'sche Schnitt bis auf den Knochen gemacht. In einem Falle genügte einfacher Druck mit der Sonde, um die ganz erweichte äussere Lamelle zu durchbrechen und einen Warzenfortsatzabscess zu eröffnen. Bei einer fast in extremis befindlichen Patientin wurde der Processus mastoides, der sich während der Operation als ganz eburnisirt erwies, trepanirt und Heilung erzielt.

Labyrinthaffectionen wurden nach den verschiedensten Methoden ohne bemerkenswerthe Resultate behandelt.

Dr. Hitschmann.

Einschneiden der kalten, retropharyngealen Abscesse in der vorderen seitlichen Halsfläche. (Incision des abcès froids rétropharyngiens par la région antérolatérale du cou.) Von Dr. J. Reverdin. (Huitième Congrès français de chirurgie, séance du 12 Octobre 1894.)

Der Burckhard'sche Schnitt wird am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus in der Höhe des Larynx geführt; er dringt in die Tiefe zwischen Carotis communis und Larynx; man kommt dann in den Eiterherd, indem man in das Bindegewebe, das an der äusseren Pharynxseite liegt, eindringt Diese Operation ist leicht, man kann den Finger in die Abscesshöhle einführen, Sequester entfernen und kranke Wirbel behandeln. Antisepsis und Anästhesie können bequem angewandt werden. Verf., gestützt auf drei verhältnissmässig günstig verlaufene Fälle, räth dieses Verfahren an und zieht es dem Cheyne'schen Schnitte, welcher sich am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus macht, vor.

Dr. P. K.

Ein Reflex der Mundschleimhaut, welche durch Schwefeläther gereizt ward. (Un reflexe de la muqueuse buccale excitée par l'éther sulfurique.) Von Dr. Soulier. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Das acute Lungenödem kann bekämpft werden durch Einträufeln von Schwefeläther in den Mund; durch Reflex wird der Lungeninhalt ausgestossen (?). Verf. hat das Experiment bei einem agonisirenden Manne angewandt; doch war derselbe nach sechs Stunden todt (!).

Dr. P. K.

Diverticulum der Mundhöhlenschleimhaut mit Concrementbildung. Von Prosector N. Altuchoff. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 1, 1895.)

Das Diverticulum ging von der Basis des vordern Gaumenbogens aus und erstreckte sich bis zur Vorderfläche des 3. — 4. Halswirbels.

Digitized by Google

Das Concrement war eiförmig, wog 4,15 Grmm. und bestand aus Kalksalzen. In den Lungen fanden sich multiple Kalkablagerungen, sonst nirgendwo. Keine Arteriosclerose. Gorodecki.

Besondere Pharyngitis, welche Albuminurie und Diabetes mellitus erkennen lässt. (Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaitre le diabète on l'albuminurie.) Von Dr. Garel. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Klagt ein Patient über ein Hinderniss, Ziehen, Verschleimung des Rachens, besteht Röthung nebst Anhäufung von klebrigem Schleim im Pharynx, so soll man den Urin untersuchen. Es besteht dabei fast nie gestörtes Allgemeinbefinden. Verf. hat 21 solche Fälle beobachtet, von welchen 10 Zucker, 11 Eiweiss, 3 abwechselnd Eiweiss und Zucker hatten. Dr. P. K.

Ursache der Parotitis. (Etiologie des parotidites.) Von Dr. E. Dupré und P. Claisse. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Die Infection kommt immer vom Munde aus, hat einen aufsteigenden Verlauf und geht den Canälchen nach. Alte und frische Erkrankungen des Parenchyms sind wohl zu beachten, weil selbe zur Abolition der Drüsenfunction führen. Die Infection ist mono- oder polymicrobisch. Beim Beginn der secundären Parotitis besteht aseptische Speichelretention, welche der Hydronephrose ähnlich sieht und welche man mit dem Namen „Hydroparotiditis" bezeichnen kann. Dr. P. K.

Ueber die Tuberculose der Zunge. Von Priv.-Doc. A. A. Wedenski. (Medicinskojoe Obosrenje No. 3, 1895.)

Verf. beginnt seinen umfangreichen Aufsatz mit der Beschreibung zweier von ihm operirten Fälle von Zungentuberculose.

Im ersten Falle handelte es sich um einen, sonst gesunden, nicht syphilitischen 42jährigen Bauer, der an der Zungenspitze ein $^1/_2$ Ctm. langes, $^1/_4$ Ctm. breites Geschwür mit unregelmässigen, unterminirten Rändern zeigte. Excision der Zungenspitze in Form eines Keiles unter Cocainanästhesie. Heilung per primam.

Im zweiten Falle war der 35jährige Bauer Träger eines $1^1/_2$ Ctm. langen Geschwüres am Zungenrücken. Es bestand Spitzencatarrh. Im Sputum geringe Mengen von Tuberkelbacillen. Die Umgebung des Geschwüres infiltrirt. Excision eines grossen Keiles in Chloroformnarcose. Heilung per primam.

Die histologische Untersuchung des Excidirten zeigte typische Tuberculose.

Verf. bespricht danach ausführlich die Pathologie und Therapie der Zungentuberculose, sich dabei auf 110 aus der Literatur zusammengestellte Fälle stützend.

Er gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die Zungentuberculose erscheint clinisch in 2 Formen: der tuberösen und ulcerösen.

2) Beide Formen können sowohl primär, als secundär sein.

Digitized by Google

3) Die primäre Form ist die seltenere.

4) Bei der Differentialdiagnose kommen hauptsächlich Carcinom und Syphilis in Betracht. Die genaue Diagnose ist nur auf Grund der microscopischen Untersuchung excidirter Stücke möglich.

5) Die frühzeitige Diagnose ist sehr wichtig für die Behandlung.

6) Die Operation ist eine rationelle Behandlungsmethode.

7) Je früher die Operation besonders bei der primären Form ausgeführt wird, um so grösser die Chancen des Erfolges.

8) Auch bei der secundären Form bringt die Operation Nutzen.

9) Die Operation, aseptisch ausgeführt, verschlimmert nicht die Tuberculose der andern Organe. Gorodecki.

Die Gaumenfissuren vom orthophonischen Standpunkt aus betrachtet. (Des fissures palatines au point de vue orthophonique.) Von Dr. Chervin, (Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Die Störungen der Sprache stehen nicht immer im geraden Verhältniss zur Ausbreitung des Uebels. Die Entfernung des weichen Gaumens von der hinteren Pharynxwand ist dabei maassgebend. Es besteht keine noch so kleine Fissur ohne orthophonischen Fehler. Die Operation ist dem prothetischen Apparat vorzuziehen, nur muss nach der Operation der Patient richtige Sprachstunden nehmen. Vom achten bis zehnten Jahr wird am besten operirt. Dr. P. K.

Ueber das Stottern. (Sur le bégayement.) Von Dr. Poyet. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Die Behandlung kann kurz zusammengefasst werden wie folgt: Ein Stotterer muss wie alle nervösen Leute behandelt werden. Jeder von aussen herstammende Reiz muss modificirt werden, um dadurch die die Sprache hemmenden Reflexe aufzuheben. Man muss die Athmung verbessern, ohne jedoch die Aufmerksamkeit auf die Articulationsorgane zu leiten; man muss also gymnastische, Fecht-, Velociped-, Gesangübungen vornehmen lassen und später erst zu den orthophonischen Uebungen übergehen. Dr. P. K.

Ueberbürdung der Stimme bei Sängern. (Du surménage vocal chez les chanteurs.) Von Dr. Poyet. (Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1894.)

Nachdem Verf. den Hergang dieses fast unheilbaren Leidens erklärt hat, kommt er zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) das Leiden kann durch Ueberanstrengung des Larynx selbst entstehen, 2) es kann aber auch entstehen durch Ermüdung des Athmens, sei letzteres ungenügend oder schlecht geregelt, 3) sei es aus der einen oder aus der anderen Ursache entstanden, es kennzeichnet sich immer durch dieselben Symptome, welch' letztere immer aus vorübergehenden oder selbst bleibenden Veränderungen der Mucosa, der Muskeln, der Gefässe und Drüsen entstehen, 4) die gewöhnlichen Antiphlogistica und besonders die Ruhe bekämpfen das Leiden, 5) einmal chronisch geworden, ist das Leiden bei Sängern fast unheilbar. Dr. P. K.

Digitized by Google

Die klinische Bacteriologie der Diphtherie und deren Behandlung mit Antidiphtherieserum. Von Dr. K. A. Rauchfuss. (Wratsch No. 3, 1895.)

Der bekannte Petersburger Laryngologe und Kinderarzt behandelte im Kinderspital des Prinzen von Oldenburg 40 Fälle, von denen bereits 30 als abgeschlossen zu betrachten sind. Sämmtliche Fälle waren bacteriologisch diagnosticirt. Es starben 11, doch kann kein Einziger davon als Beweis der Unwirksamkeit des Serum's gelten, da es sich entweder zur Zeit der Aufnahme in das Spital um bereits zu weit vorgeschrittene Fälle, oder um anderweitige complicirende schwere Erkrankungen handelte. Im Allgemeinen ist Rauchfuss Anhänger der Serumbehandlung; er zieht carbolfreies Serum vor, mit dem er nicht zögern würde sehr energisch verzugehen. Gorodecki.

Betrachtungen anlässlich einer Diphtherie-Epidemie in Schlüsselburg. Von W. A. Moltschanow. (Wratsch No. 1, 1895.)

Moltschanow beobachtete vom 9. October bis zum 22. November 1894. Es erkrankten 39 Personen, darunter 12 Erwachsene. Microscopische Diagnose wurde in 3 Fällen gestellt, sonst auf Grund der clinischen Erscheinungen. Es starben im Ganzen 8, darunter 3 Erwachsene. Da dem Verf. noch kein Serum zur Verfügung stand, benutzte er die übliche Therapie (locale Desinficientia und Analeptica). Verf. zieht den Schluss, dass die Resultate der alten Behandlung derjenigen mit Serum durchaus nicht nachstehen (20,5 % Sterblichkeit).

Diphtherie mit Antitoxin behandelt. (Diphtheria treated by Antitoxin.) Von I. M. Reid, Netley. (Lancet, 17. XI, 1894.)

11jähriges Mädchen behandelt mit 20 Cbctm. Ruffer's Antitoxin. Der Verlauf war der gewöhnliche ohne Complicationen. M. Schm.

Ueber Serotherapie und antidiphtheritische Lymphe. (De la sérothérapie et du vaccin antidiphthéritique.) Von Dr. Strauss. (Académie de médecine de Paris, 16. October 1894.)

Der französische Staatsminister fordert brieflich die Pariser medicinische Academie auf, ihm Bericht über die Anwendung des Serums zur Heilung und Verhütung der Diphtheritis zu erstatten. Zuerst werden in der Antwort die Resultate der klinischen und experimentellen Untersuchungen von Roux, sowie Letzterer sie auf dem Budapester Congress mittheilte, erwähnt: 300 wirklich diphtheritische Kinder ergaben statt der gewöhnlichen 50procent. Sterblichkeitsziffer blos 26 pCt. Als Vorsichtsmaassregel kann man das Impfen mittelst Serums an Erwachsenen und namentlich an in einer Epidemie lebenden Kindern nur empfehlen. Wir scheinen also jetzt im Besitze eines specifischen, unschädlichen Heilmittels zu sein. In Deutschland hat man übrigens dieselben günstigen Resultate erzielt. Die Aerzte Bergeron und Cadet de Gassicourt haben die Behandlung im Hôpital Trousseau genau verfolgt und ist ihnen dabei die schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, das rasche Sinken des Fiebers nach der Einspritzung, das Verschwinden der Blässe, der Trauer und der Abgeschlagenheit aufgefallen. Diese Behandlungsweise mit allen ihren Vortheilen ist das Verdienst Behring's; aber die Basis der

Digitized by Google

Behandlungsweise ist von Pasteur und seiner Schule gelegt worden. Mit Recht soll also das Studium und die Ausbildung des antitoxischen Serums in demselben Pasteur'schen Institut, wo nach der Bacteriologie auch die Toxicologie entstanden ist, fortgesetzt werden. Die Academie schlägt also vor, ein günstiges Gutachten über die Serumtherapie bei Diphtheritis abzugeben, sowie den Staat zu bitten, das Pasteur'sche Institut in den Stand zu setzen, allen Nachfragen nach Serum Seitens der Aerzte und der öffentlichen Anstalten nachkommen zu können.

Dr. P. K.

Kehlkopf-Neurasthenie. (Neurasthénie laryngée.) Von Dr. Castex. (Arch. internat. de laryngolog. etc., Bd. VII, No. 5. Septbr /Octbr. 1894.)

Fälle von kaum hörbarer Flüsterstimme, als deren Grund der Kehlkopfspiegel nur ein geringes Nachlassen der Stimmbänderspannung, nicht aber eine Asymmetrie der Glottis erkennen lässt, und bei der nur eine functionelle Trägheit, nicht eine Lähmung angenommen werden muss, welcher die Kranken durch Willensfestigkeit und Anstrengung wirksam zu begegnen vermögen, nennt C. Kehlkopfneurasthenie. Er macht uns mit zwei Fällen dieser Krankheitscategorie, einen 23jährigen Mann und ein 17jähriges Mädchen betreffend, bekannt. Beschorner.

Die Ergebnisse der Radicaloperation bösartiger Erkrankungen des Kehlkopfs nach den Erfahrungen der Privatpraxis. (The results of radical operation for malignant disease of the larynx from the experiences of privat praxis.) Von Prof. Felix Semon, London. (Lancet, 15. December 1894)

Verf. hat 103 Fälle aus den letzten 16 Jahren zusammengestellt und berichtet nun über seine Erfahrungen. Er unterscheidet zwischen den „extrinsic und den „intrinsic" Fällen, zu den ersten rechnet er, nach Krishaber, die an der Epiglottis, der hinteren Fläche des Ringknorpels, an den aryepiglottischen Falten und in der interarytänoidalen Gegend wachsenden Krebse, zu den zweiten die an den Stimmbändern, in den Morgagni'schen Ventrikeln, an den Taschenbändern und in der subglottischen Gegend entspringenden. Er kann nach seiner Erfahrung nicht finden, dass die Krebse an Häufigkeit zugenommen hätten, ebensowenig kann er einen Einfluss des Rauchens oder der Stimmanstrengungen erkennen. Seine 103 Fälle betrafen 79 Männer und 24 Frauen. Es ist ihm aufgefallen, dass bei den Männern etwa ein Viertel „äussere" und bei den Weibern dagegen über die Hälfte „äussere" Fälle waren. Der jüngste Kranke war ein Mann von 29 Jahren, der älteste einer von 83 Jahren. Bei den „äusseren" überwogen die auf der hinteren Fläche des Ringknorpels entsprungenen, bei den „inneren" die an den Stimmbändern. Bei vielen war aber der ursprüngliche Sitz nicht mehr zu ermitteln. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle waren Epitheliome. Die Zeit zwischen dem ersten Auftreten von Erscheinungen, meistens Heiserkeit, wechselte in den Fällen von 2 Monaten bis zu 2 Jahren. Verf. war früher ein Gegner der radicalen Operation, bekehrte sich aber dann, nachdem ein Kranker von ihm mit ausgezeichnetem Ergebniss operirt worden war. Er hat dann in 12 Fällen die Operation von Freunden ausführen lassen oder selbst gemacht; es waren aber nur innere

Digitized by Google

mit Ausnahme eines besonders geeignet erscheinenden Falles von äusserem Krebs des Kehlkopfes. Er hat in 44 Fällen von innerem Krebs einen Fall mittelst der endolaryngealen Methode geheilt; unter den verbleibenden 43 Fällen empfahl er in 15 die Operation, bei den anderen war theils die Erkrankung schon zu ausgedehnt, theils waren die Kranken zu alt oder es bildeten andere Krankheiten die Contraindication. Verf. hat nie zu der Operation gerathen, wenn sich die ursprünglich innere Erkrankung über die eigentlichen Kehlkopfgrenzen ausgedehnt hatte oder die Geschwulst primär an der hinteren Fläche des Ringknorpels gelegen war oder wenn die cervicalen Drüsen schon geschwollen waren. Er sagt selbst, dass er in seinen Indicationen sich sehr eng beschränke, dass er aber damit Niemand das Recht bestreiten wolle, etwas weitere Indicationen aufzustellen. Die vorsichtige Indicationsstellung giebt sich denn auch in den Ergebnissen der Operationen kund. Es heilten 7 von 12 Kranken, also 58,3 pCt., und nur einer unter ihnen bekam einen Rückfall, während die anderen resp. $6^3/_4$, $5^1/_2$, $3^1/_2$, $2^1/_2$ Jahre ohne Rückfall waren.

Ebenso befriedigend war das Ergebniss in Bezug auf die Function. Inclusive zweier zweifelhaft bösartiger Fälle war die Stimme in 5 Fällen ganz vorzüglich, in zweien, in denen schon vorher Aphonie bestanden hatte, blieb dieselbe bestehen. Der Tod wurde in einem Falle durch das Eindringen von Milch in die Trachea und die dadurch hervorgerufene Pneumonie herbeigeführt, in einem zweiten durch eine ungeeignete Art der Anwendung von Aether zur Narkose, nämlich per Rectum. Diese beiden Ursachen rechnet Verf. zu den vermeidbaren. In den anderen Fällen war der Tod durch die grosse Ausdehnung der Operation bedingt oder durch das hohe Alter von 72 Jahren in Verbindung mit alter Bronchitis, in einem weiteren Falle blieb die Todesursache unklar, trotz genauer Section. Verf. bespricht sodann die zwei zweifelhaften operirten Fälle, deren einer, ursprünglich als Papillom diagnosticirt, durch sein rasches Recidiviren bei einem 64jährigen Manne den begründeten Verdacht der Bösartigkeit hervorgerufen hatte, während bei dem anderen, 54 Jahre alten Manne das rasche Wachsthum ebenfalls die Indication abgegeben hatte. Die microscopische Untersuchung ergab in dem letzteren Falle ein Fibrom, vielleicht ein Fibrosarcom.

Verf. giebt sodann eine sehr genaue Beschreibung der Art, wie er die Operation ausführt. Dieselbe muss im Original nachgelesen werden, da sie eine Menge kleiner practischer Vorschriften enthält, auf deren Beobachtung Verf. grossen Werth legt. Ref. möchte nur einige wichtige Punkte hervorheben: Zunächst macht er die Tracheotomie und legt eine sicher aseptische Hahn'sche Schwammcanüle ein. Nach der Eröffnung pinselt er die Umgebung der herauszunehmenden Geschwulst mit Cocain, hauptsächlich deshalb, weil man dadurch die so störenden Blutungen aus der Schleimhaut vermeiden kann. Selbstverständlich will er, dass man nur im Gesunden operire. In den Fällen, in denen die Epiglottis betheiligt ist, macht er die Pharyngotomia subhyoidea. Nach der Operation nimmt er die Schwammcanüle gleich weg und bestäubt die innere Operationsfläche mittelst Jodoform und Acid. boricum ana mehrmals täglich, sonst bedeckt er die Wunde nur von aussen mit Gaze. Er glaubt nach Butlin durch diese Methode sehr zum Comfort der Kranken in den

Digitized by Google

ersten 24 Stunden beizutragen. Die Kranken schlucken auch auf diese Art sehr bald ganz gut. Die ersten Schluckversuche lässt er mit über den Rand des Bettes herausgebogenem Kopfe machen, die Stellung, die Norris Wolfenden für Tuberculöse und Krebskranke empfohlen. Beim Schlucken biegen sich die Hälften des Schildknorpels so weit auseinander, dass man gut dazwischen hinein das oben erwähnten Pulver einstäuben kann. Nach kurzer Zeit legt er Streifen von Heftpflaster an, um das Aneinanderheilen der getrennten Kehlkopfhälften zu erleichtern.

In den Schlussfolgerungen schreibt Verf. seine so guten Erfolge hauptsächlich dem zu, dass er seine Kranken in der Privatpraxis in einem verhältnissmässig frühen Stadium zu sehen bekommen habe und sie deshalb gut habe auswählen können, während die Kranken in dem Hospitale meistens erst spät zur Untersuchung kommen, was er theilweise der Unkenntniss der practischen Aerzte zuschreibt. Er hofft, dass, wenn seine Grundsätze angenommen werden und die Methode von Anderen noch verbessert wird, woran er nicht zweifelt, es dann gelingen werde, eine grössere Zahl von Kranken zu retten.

M. Schm.

Die Intubation bei Larynxstenosen. Von Dr. A. Rosenberg. (Arch. für Laryngolog. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Die von R. niedergelegten Erfahrungen beziehen sich auf 12 Fälle von fast ausschliesslich nicht diphtherischen Verengerungen des Kehlkopfes, und zwar handelt es sich um Laryngitis subglottica, Perichondritis cricoidea specifica, um Larynxpapillome (bei einem 12- und einem 5jährigen Kinde), um eine Stenose traumatischen Ursprungs, um Adductionsspasmus, doppelseitige Posticuslähmung, Perichondritis arytaenoid. tuberculosa und um Granulationsstenosen. Aus den Erfolgen der in diesen Fällen vorgenommenen Intubationen zieht Autor folgende Schlüsse über den Werth der Methode: Die Intubation zur Behandlung der Kehlkopfstenosen nimmt neben den bisher bekannten und geübten Dilatationsmethoden nicht nur einen ebenbürtigen Platz in der Therapie ein, sondern übertrifft nicht selten dieselben an Bedeutung. Sie ist nicht in allen Fällen ungefährlich, und zwar besonders bei acuten Stenosen, und ebensowenig ist sie immer und gar allein und ausschliesslich am Platze. Sie erfordert gelegentlich, besonders bei den narbigen Stenosen gerade so wie auch die anderen Verfahren, ein voraufgehendes Eingreifen mit schneidenden Instrumenten — Discision von Narben, Zerstörung von Membranen etc. Sie soll nicht die anderen werthvollen Methoden verdrängen, sondern sie ergänzen und Hand in Hand mit ihnen gehen.

Beschorner.

Larynxexstirpation wegen Carcinom, ohne Recidive. (Extirpation d'un cancer du larynx sans récidive.) Von Dr. Caponotto. (Académie royale de Turin, Gazzeta degli Ospitali und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Explorative Laryngofissur. Beim Erkennen des Krebses wurde in derselben Sitzung die Totalexstirpation vorgenommen. Künstlicher Kehlkopf, welcher normales Schlucken und normale Stimme erlaubt. Nach drei Jahren noch kein Recidiv. Dr. P. K.

Digitized by Google

Der äussere Speiseröhrenschnitt bei Fremdkörpern. Von J. P. Fedoroff. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 1, 1895.)

Fedoroff hat den äusseren Speiseröhrenschnitt 3 Mal bei erwachsenen Männern behufs Entfernung von Fremdkörpern (Knochen, Knorpel) ausgeführt. Alle Fälle verliefen günstig. Während der Operation fand man in zwei Fällen den Oesophagus bereits perforirt und constatirte eitrige Infiltration des Zellgewebes. Es wurde nicht genäht, nur tamponirt. Behufs Ernährung führte Fedoroff eine Schlundsonde durch die Nase ein, welche in einem Falle 10 Tage, in dem andern 12 Tage à demeure verblieb und gut vertragen wurde. Im dritten Falle, wo keine Perforation des Oesophagus bestand, wurde sofort nach der Operation genäht und vom zweiten Tage ab bereits flüssige Nahrung gestattet. Heilung per primam. Zum Schluss setzt Fedoroff die Fischer'sche Statistik (Zeitschr. f. Chirurgie Bd. XXVII) fort. Er hat noch 54 Fälle gesammelt, darunter 18 von russischen Chirurgen, die in der ausländischen Literatur nirgends erwähnt sind. Er bespricht somit im Ganzen 162 Fälle (incl. die Fischer'schen) mit einer Gesammtsterblichkeit von 24,8 %. In seinen Schlussfolgerungen besteht Fedoroff darauf, ja seine Zeit nicht mit vergeblichen Extractionsversuchen per os zu vergeuden, man erhöhe dadurch nur die Gefahr einer Perforation.

Gorodecki.

INHALT.

I. Originalien: Stetter: VI. Jahresbericht (vom 1. Januar 1894 bis 1. Januar 1895) aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund-Krankheiten. — Noltenius: 37 Fälle von seröser Erkrankung der Oberkieferhöhle. — Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte. — II. Kritiken: Bezold: Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. — III. Referate: a) Otologische: Botkin: Ueber die Otitiden bei Typhus abdominalis. — Cartaz: Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. — Jouslain: Taubheit und Verlust eines Auges durch Contusion und Schrecken. — b) Rhinologische: Lichtwitz: Beitrag zum Studium der Hydrorrhoea nasalis. — Franke: Adenoide Vegetationen im Nasopharynx. — Rasumovsky: Temporäre Resection der Nase nach Ollier als vorbereitende Operation bei Entfernung von Tumoren aus der Nase und Nasenrachenhöhle. — c) Pharyngo-laryngologische: Beausoleil: Adnex Klinik der medicin. Facultät Bordeaux unter Leitung des Dr. E. J. Moure. Statistische Uebersicht über die Krankheiten des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase und Ohren. — Reverdin: Einschneiden der kalten, retropharyngealen Abcesse in der vorderen seitlichen Halsfläche. — Soulier: Ein Reflex der Mundschleimhaut, welche durch Schwefeläther gereizt ward. — Altuchoff: Diverticulum der Mundhöhlenschleimhaut mit Concrementbildung. — Garel: Besondere Pharyngitis, welche Albuminurie und Diabetes mellitus erkennen lässt. — Dupré und Claisse: Ursache der Parotitis. — Wedenski: Ueber die Tuberculose der Zunge. — Chervin: Die Gaumenfissuren vom orthophonischen Standpunkt aus betrachtet. — Poyet: Ueber das Stottern. — Poyet: Ueberbürdung der Stimme bei Sängern. — Rauchfuss: Die klinische Bacteriologie der Diphtherie und deren Behandlung mit Antidiphtherieserum. — Moltschanow: Betrachtungen anlässlich einer Diphtherie-Epidemie in Schlüsselburg. — Reid: Diphtherie mit Antitoxin behandelt. — Strauss: Ueber Serotherapie und antidiphtherische Lymphe. — Castex: Kehlkopf-Neurasthenie. — Semon: Die Ergebnisse der Radicaloperation bösartiger Erkrankungen des Kehlkopfs nach den Erfahrungen der Privatpraxis. — Rosenberg: Die Intubation bei Larynxstenosen. — Caponotto: Larynxexstirpation wegen Carcinom, ohne Recidive. — Fedoroff: Der äussere Speiseröhrenschnitt bei Fremdkörpern.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). **Expeditionsbureau:** Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Escherner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, Mai 1895.** **No. 5.**

I. Originalien.

Ein Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des Scleroms der Luftwege.

Von

Professor **Schrötter.**

Wenn wir auch wissen, dass der Verlauf der durch den Rhinosclerombacillus bedingten Erkrankungen gegenüber denjenigen, welche durch den mit ihm so sehr verwandten, ja kaum unterscheidbaren Friedländer'schen Kapselcoccus verursacht sind, ein sehr langwieriger, auf viele Jahre hinaus sich erstreckender ist, so müssen uns Beiträge, welche uns über die heute noch so wenig gekannte Krankheit, ihren Verlauf und die Todesursachen Kenntniss bringen, endlich die pathologisch-anatomischen Veränderungen vollkommen klar legen, erwünscht sein, und hierin sind die nachfolgenden Mittheilungen begründet.

Sehr genau bekannt ist der Verlauf in dem Falle, von welchem ich hier das Resultat der Necroscopie anzuführen vermag. Er ist wohl überhaupt einer der am längsten beobachteten Fälle von Sclerom, denn als der Kranke im Jahre 1881 zum ersten Male wegen Athemnoth an meiner Klinik erschien, liess sich eine Anamnese erheben, die auf Sclerom des Larynx hindeutete und für eine schon siebenjährige Dauer des

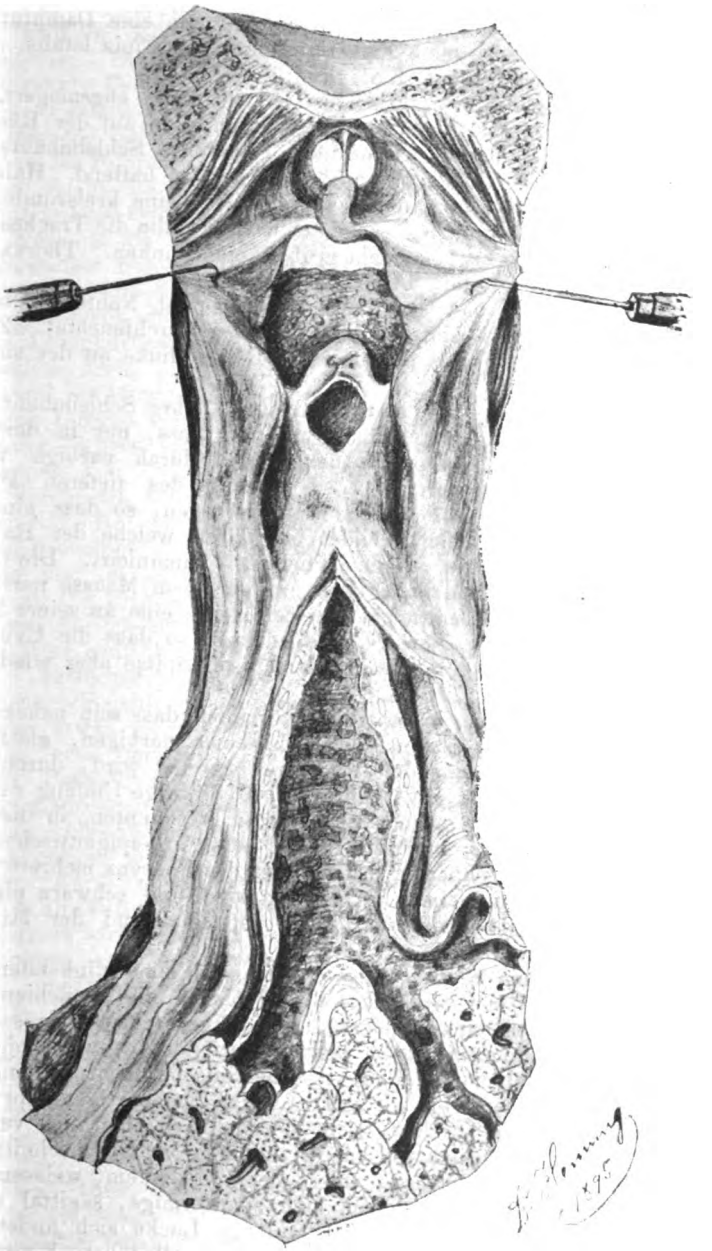
Digitized by Google

Leidens sprach. Es handelt sich um den schon vielfach und eingehend beschriebenen Fall Josef Stojan*), der seit dem Jahre 1881 an unserer Klinik ein constanter Gast, bald zu längerem Aufenthalte, bald nur zur ambulatorischen Behandlung, war. Er hatte schliesslich so vollständig gelernt, sich meine Hartgummiröhren selbst einzuführen, dass er nur mehr zur Zeit intercurrenter Beschwerden erschien. Es war aber keinem Zweifel unterlegen, dass der Process im Weiterschreiten nach den tieferen Abschnitten der Trachea begriffen war. Schon im Jahre 1890 war die Einführung einer längeren Canüle nothwendig geworden, indem sich vor der unteren Oeffnung der zuletzt gebrauchten eine Verengerung der Trachea ausgebildet hatte, die dem Patienten gesteigerte Athembeschwerden verursachte. Als sich aber der Kranke in den ersten Novembertagen 1894 wieder vorstellte, war das Gesammtbild ein auffallend geändertes: Er war in seiner Ernährung sehr herabgekommen, die Hautfarbe sehr bleich und die Athemnoth eine beträchtliche. Es wurde dem Patienten die Aufnahme auf die Klinik dringend empfohlen, welche auch am 9. November 1894 erfolgte.

Neben den bereits geschilderten Erscheinungen war das Auffallendste der sehr üble Geruch, den der Kranke verbreitete, und der von dem massigen und sehr missfärbigen eitrigen Sputum herrührte. Der Kranke athmete gleich schwer, ob die 7 Ctm. lange Canüle eingeführt war oder nicht, das so sehr erschwerte Athmen musste somit von einem tiefer liegenden Hindernisse herrühren. Bei der Besichtigung der Trachea durch die Fistelöffnung mittelst kleiner Stahlspiegel konnte man wohl einige Ctm. weit die bekannten Veränderungen der Schleimhaut und des Lumens der Trachea überblicken, ohne aber bis zu grösserer Tiefe vordringen zu können. Wichtiger war das Ergebniss der physikalischen Untersuchung: An der rechten Brusthälfte waren nämlich allerwärts grossblasige Rasselgeräusche neben dem rauheren vesiculären Athmen deutlich zu hören, während an der linken Seite das Athmungsgeräusch sehr bedeutend herabgesetzt war. Da diese Erscheinungen bei wiederholten Untersuchungen immer gleich blieben, so wurde angenommen, dass der krankhafte Process sich nicht nur über die ganze Länge der Trachea, sondern auch noch in der Weise auf den linken Bronchus fortsetzen müsse, dass er zu einer Verengerung in dessen Lumen geführt hatte. Auffallender Weise war der Patient trotz des lebhaften Eiterungsprocesses der Bronchialschleimhaut immer fieberfrei. Da systematische Einathmungen mit einem Gemenge von Ol. Juniperi und Ol. terebinth. nur eine geringe Erleichterung brachten, die Beschwerden des Kranken immer noch sehr bedeutende waren und er dringendst um Hilfe bat, entschloss ich mich trotz seiner grossen Schwäche zur Einführung von Cathetern. No. 20 konnte zuerst nur schwer eingeführt werden, wobei sich das Instrument mehrfach um seine Achse drehte. Da es aber bald besser gelang und der Patient sich erleichtert fühlte, gingen wir zu No. 21 über. Trotzdem kam der Kranke mehr und mehr

*) Paltauf: Zur Aetiologie des Scleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase. Wr. Klin. Woch. 1891. No. 52. — Juffinger: Das Sclerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Leipzig und Wien, Deuticke 1892.

Digitized by Google



Digitized by Google

herab, das Sputum behielt seine übelriechende Eigenschaft bei, am 29. November entwickelte sich links hinten unten eine Dämpfung und am 6. December erfolgte ohne Fiebererscheinungen Finis letalis.

Sectionsbefund (Prof. Kolisko):

Körper mittelgross, von kräftigem Knochenbau, abgemagert, allgemeine Decke blass, mit blassvioletten Todtenflecken auf der Rückseite. Gesicht verfallen, Bulbi zurückgesunken, sichtbare Schleimhäute blass, Pupillen eng. An der Nasenöffnung braune Borken haftend. Hals dünn, kurz; in der Mittellinie, über der Fossa jugularis, eine kreisrunde, kaum hellergrosse, narbig begrenzte Tracheotomiewunde, die die Trachealcanüle enthält. Supra- und Infraclaviculargruben eingesunken. Thorax breit, gewölbt, unten ausgeweitet Abdomen eingezogen.

Kopfhaut blass, Schädel geräumig, dolichocephal, Nähte erhalten, das Gehirn und seine Häute blutarm, etwas stärker durchfeuchtet. Zwerchfell rechts zwischen fünfter und sechster Rippe, links an der siebenten Rippe stehend.

Die Muscheln der Nase stark verkleinert, ihre Schleimhaut narbig verdichtet, die der Highmorshöhlen zart und blass, nur in der linken ödematös geschwollen. Das Rachengewölbe durch narbige Verdichtung der Schleimhaut verengt, der Zugang des tieferen Pharynxantheiles zum Rachengewölbe kreisförmig verzogen, so dass eine kreisförmige, hellergrosse Lücke gebildet ist, durch welche der Raum des verengten Rachengewölbes mit dem Pharynx communicirt. Die Choanen normal geformt, ihre Schleimhaut nur in geringem Maasse narbig verdichtet und verdünnt. Der weiche Gaumen durch eine an seiner hinteren Wand sitzende strahlige Narbe hinaufgedrängt, so dass die Uvula nach hinten hinaufgezogen ist, mit ihrer ödematösen Spitze aber wieder nach abwärts hängt.

Der Kehlkopfeingang in der Weise verbildet, dass sein nahezu kreisförmiges, hellergrosses Lumen oben von einer narbigen, glatten, die Epiglottishöhlung überziehenden Membran begrenzt wird, durch welche die Epiglottis kapuzenartig verbildet ist. Der übrige Umfang des Kehlkopfeinganges durch die narbig verdichteten, verdünnten, in die die erwähnte Kapuze bildende Membran übergehenden ary-epiglottischen Falten gebildet. In der benachbarten Schleimhaut des Pharynx mehrere narbige Depressionen, die unregelmässig begrenzt sind und schwarz pigmentirt erscheinen. In der Schleimhaut des Oesophagus und der Mundhöhle keine Veränderungen.

Die Trachea bis in die Bronchien hinab mit einer stinkenden Jauche erfüllt, anscheinend erweitert, ihre Wand bis an die Bronchien bis auf 3 Mm. verdickt, von einem weissen, schwieligen Gewebe grösstentheils substituirt, nach innen zu aber jauchig zerfallen, schwarz pigmentirt. Innerhalb der zerfallenen Stellen viele necrotische Knorpelspangen vorspringend, und ausserdem auch Andeutungen leistenartig vorspringender Narben. Es geht die Trachea, trichterförmig nach oben sich verengend, entsprechend der Tracheotomiewunde in einen im Durchschnitte kreisrunden, kleinfingerweiten Canal über, der von dickem, weissen Epithel ausgekleidet ist, und in welchem eine spaltförmige, sagittal stehende, über 4 Mm. weit klaffende und 1 Ctm. lange Lücke sich findet, welche den Zugang zum Larynx bildet. Der Larynx selbst vom Eingange her

Digitized by Google

trichterförmig sich verengend und an seiner Innenfläche von narbig verdichteter Schleimhaut ausgekleidet; weder falsche noch wahre Stimmbänder sind in dem narbig verdichteten Gewebe vom Eingange her wahrnehmbar. Etwa seiner unteren Grenze entsprechend, findet sich die oben erwähnte Communicationsöffnung mit der Trachea.

Die erwähnte Veränderung der Trachea auch in die Bronchien hinein reichend, und zwar in den linken 1 Ctm. weit und erscheint sein Lumen an der Bifurcation auf die Hälfte der Norm reducirt. Am rechten Bronchus reicht die Veränderung auch noch etwa 1 Ctm. weit in den Bronchus zweiter Ordnung, aber ohne dass das Lumen wesentlich verengt wäre. Auch ist die Verdickung der Wand im Bronchus nahezu nur auf die Schleimhaut beschränkt. Jenseits dieser Veränderung der Bronchialwand erscheint die Schleimhaut der Bronchien intact, aber intensiv geröthet, geschwellt und mit stinkender Jauche bedeckt.

Die Lymphdrüsen am Lungenhilus über nussgrosse Tumoren bildend, die ziemlich derb, auf der Schnittfläche gleichmässig wie narbig verdichtet und etwas pigmentirt sind.

Beide Lungen voluminös, vorne gedunsen, hinten dichter, der Oberlappen der rechten Lunge in seinen hinteren Parthien und ferner der Mittellappen von dichtstehenden, grösstentheils vereiternden lobulären Herden durchsetzt, solche auch zerstreut im Parenchym des Unterlappens.

Der linke Unterlappen kleiner als normal, seine strotzend mit Jauche gefüllten Bronchien cylindrisch erweitert, sein Parenchym etwas weniger lufthaltig und im unteren Rand, dem äusseren Umfang entsprechend, von bis an die Pleura reichenden Jaucheherden durchsetzt, darüber die Pleura mit fibrinös-eitrigem Exsudate bedeckt. Im Herzbeutel 50 Grmm. Serum, Herz contrahirt, aber schlaff, nur spärlich geronnenes Blut enthaltend. Endocard, Klappen und Intima der grossen Gefässe zart. Herzfleisch erbleicht, gelblich gefärbt, leichter zerreisslich.

Leber etwas vergrössert, fettig infiltrirt, im centralen Antheil der Läppchen grau verfärbt. Die Milz etwas vergrössert, dichter, derb elastisch, Parenchym von zahllosen, sehr dicht stehenden, sagoartigen, wachsig glänzenden Körnern durchsetzt. Nieren etwas geschwellt, in der Rinde erbleicht, fettig gelb verfärbt. Die Harnblase und das Genitale nichts Abnormes zeigend. Ebenso am Magen und Darm normale Verhältnisse. Auch Pancreas und Nebennieren normal.

Anatomische Diagnose:

Scleroma nar., phar., lar. et tracheae in bronchos tendens, vulnus tracheotomiae facta ante annos V cum tracheitide et bronchitide putrida, subsequ. pneumonia et gangraena pulmonum; degeneratio amyloidea; marasmus.

Der ganze Process hat somit, soweit sich nachweisen lässt, 20 Jahre gedauert. Der tödtliche Ausgang wurde offenbar angebahnt durch den ursprünglich von der Nase ausgegangenen, in stetiger Weise in der Trachea absteigenden Process, der sich schliesslich bis auf die Bronchien fortsetzte, extensiver im Gebiete des rechten Bronchus, intensiver mit der schon im Leben erkannten Verengerung am linken Bronchus. Unter diesen Umständen entwickelte sich ein allmählig zunehmender Marasmus. Das tödtliche Ende selbst wurde schliesslich durch die Bronchitis putrida mit ihren Folgen herbeigeführt und es kann

Digitized by Google

keinem Zweifel unterliegen, dass diese durch das ungehörige Einführen der Instrumente von Seite des Patienten verursacht worden war. Denn wenn auch wir auf die entsprechende Reinlichkeit sahen und den Patienten oftmals auf dieselbe aufmerksam gemacht hatten, so wurde diese gewiss von ihm nicht in der richtigen Weise eingehalten, abgesehen von dem Umstande, dass bei Anwesenheit der betreffenden Fäulnisserreger in der Mundhöhle diese ja auch mit dem Einführen des Instrumentes in die Tiefe gebracht werden konnten. Allen übrigen Versuchen gegenüber erweist sich immer noch der mechanische Druck auf das sclerosirende, Verengerungen herbeiführende Gewebe als das zweckmässigste Heilverfahren, in welcher Weise immer ausgeführt. Andererseits weist dieser Fall auf die Vorsichtsmaassregeln hin, die hierbei zu beobachten sind, und könnte wohl auch daran gedacht werden, neben der Einathmung mit den Terpentinpräparaten zeitweilig noch stärker desinficirende Einspritzungen in die Trachea vorzunehmen.

Auf einen Umstand möchte ich noch aufmerksam machen: Wir wissen leider noch gar nichts von der eigentlichen Aetiologie, unter welchen Verhältnissen die fragliche Erkrankung zu Stande kommt. Die Uebertragbarkeit derselben muss gewiss eine schwere, und an ganz bestimmte Bedingungen geknüpfte sein. Unser Kranker, der kein Muster von Reinlichkeit war, der bei seiner Beschäftigung als Schuster durch die vielen Jahre hindurch gewiss mannigfache Verletzungen sich zuzog, hat sich dennoch an keiner anderen Körperstelle inficirt und das Fortwuchern fand nur in einer ganz bestimmten Richtung nach dem Respirationstracte hinab statt. Die an der Bifurcation sitzenden Bronchialdrüsen waren allerdings hochgradig geschwellt; Culturversuche mit dem Gewebssafte, die Untersuchung von Schnittpräparaten fielen aber in Bezug auf die Anwesenheit von Rhinosclerombacillen negativ aus. Es scheint also, dass die Schwellung der Lymphdrüsen nur mit dem Eiterungsprocess auf der Bronchialschleimhaut in Verbindung stand.

Im Anschlusse hieran will ich über den weiteren Verlauf eines anderen Falles berichten: In der Sitzung der K. K. Gesellschaft der Aerzte vom 26. Januar 1894 stellte mein damaliger Assistent Dr. Kobler ein 24jähriges Mädchen aus Ungarn vor, welches bereits im Mai 1879, also vor 14 Jahren, an meiner Klinik an Chorditis vocal. hypertroph. inf. mittelst Hartkautschukröhren behandelt worden war. Nach 2 Jahren stellte sie sich wieder vor, wobei ebensowenig wie das erste Mal in der Nase und im Nasenrachenraum pathologische Veränderungen nachzuweisen waren und auch dieses Mal wieder mittelst der Hartkautschukröhren eine erhebliche Besserung der Kehlkopfstenosenerscheinungen bewirkt wurde. Nach 12 Jahren kam sie neuerdings und zeigte nun ein wesentlich verändertes Bild: Es bestand eine breite, vom vorderen Winkel bis über die Mitte der Glottis nach rückwärts sich erstreckende strahlige Membran, die oberhalb der wahren Stimmbänder lag und sich bei der Intonation in Falten legte. Ihr hinterer Rand verlief von rechts vorne nach links rückwärts. Ausserdem bestand ein etwa erbsengrosser glatter Knoten am rechten falschen Stimmbande. Ich stellte sofort die Diagnose auf Sclerom und trug, um die Diagnose zu erhärten, den Knoten mit der Larynxschlinge ab. Schnitte desselben und aus dem

Digitized by Google

Safte gewonnene Reinculturen ergaben die vollkommene Richtigkeit der Diagnose.

Mein ferneres therapeutisches Einschreiten wurde dadurch gehindert, dass die Kranke erst wieder im Januar 1895 an der Klinik erschien. Nach einigen Tagen der Uebung trennte ich mit dem Messer die ganze Membran von rückwärts bis nach vorne und ist seither durch Einführung der Hartkautschukröhren die Larynxlichtung gleichmässig weit geblieben. Beide wahren Stimmbänder zeigen noch nach vorne zu eine Verdickung, welche aber auf die Stimmbildung keinen Einfluss hat, da die Kranke mit überraschend klarer Stimme spricht. Selbstverständlich ist auch die Athemnoth gewichen. Die Hartkautschukröhren sollen noch durch einige Zeit fort, um ein Wiederverwachsen zu verhindern, eingeführt werden.

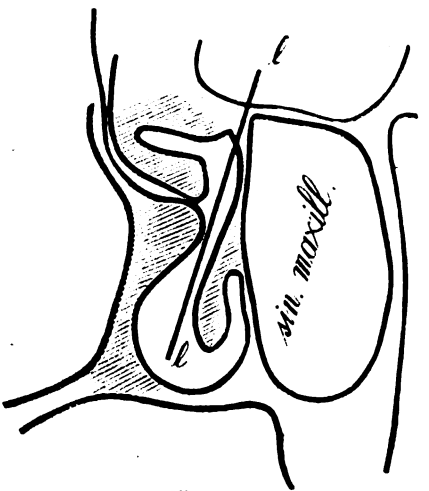
Interessant ist hier, dass während der 15 Jahre, als wir die Kranke nicht sahen, die subchordalen Wülste vollständig zum Schwinden kamen und dafür der selbstständige Knoten am falschen Stimmbande und die die Larynxlichtung obturirende Membranbildung zu Stande gekommen waren.

Nochmals die Ueberschätzung der Durchleuchtung der Kieferhöhle.

Von

C. Ziem.

Zur Ergänzung meiner letzten, diesen Gegenstand betreffenden Arbeit[1]) möchte ich zunächst noch einen Frontalschnitt aus Zuckerkandl's Anatomie hier abbilden lassen, in welchem gleichfalls ebenso wie in dem neulich wiedergegebenen, die von dem im Munde befindlichen Diaphanoscope ausgehenden Lichtstrahlen *ll* durch den mittleren Nasen-

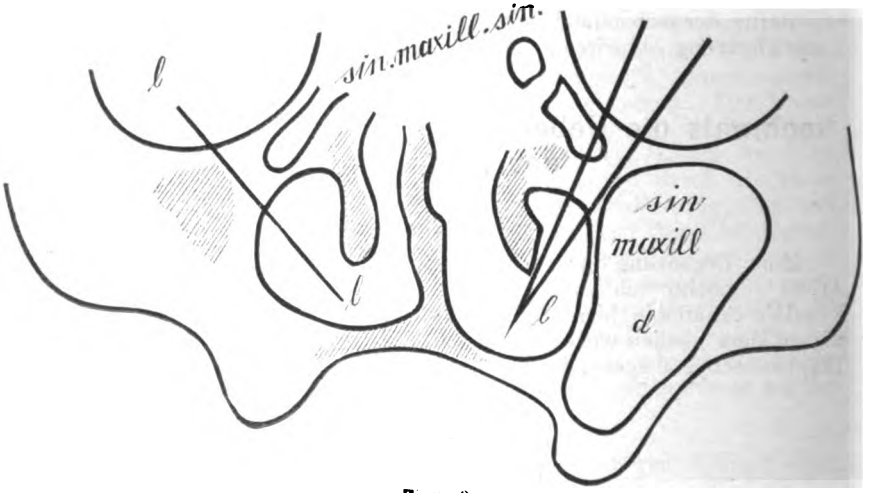


Figur 1.

[1]) Diese Monatsschrift No. 12, 1893.

Digitized by Google

gang in die Orbita und den Bulbus eindringen und die Pupille erleuchten können, selbst wenn die seitwärts gelegene Kieferhöhle bis zu ihrer Mündung mit Eiter angefüllt wäre (Fig. 1). Während aber in der neulich reproducirten Zeichnung die Kieferhöhle in Zuckerkandl's Originalzeichnung etwas kleiner ist, als ich sie habe darstellen lassen und der Einwand allenfalls gemacht werden könnte, dass in derartig verkleinerten Kieferhöhlen doch nur sehr selten eine Eiterung vorhanden sei, entspricht die vorstehende Zeichnung hinsichtlich der bedeutenden Entwicklung der Kieferhöhle genau der Abbildung Zuckerkandl's[2]). Weiter findet sich in der inzwischen erschienenen 2. Auflage von Zuckerkandl's Anatomie ein neuer, für die vorliegende Frage gleichfalls sehr werthvoller, in Fig. 2 wiedergegebener Durchschnitt mit so bedeutender Entwicklung



Figur 2.

der unteren Nasengänge, dass von dem im Munde befindlichen Diaphanoscope ausgehende Lichtstrahlen *ll* durch die unteren Nasengänge und sodann die angrenzende, für Licht natürlich durchgängige, Spongiosa, rechts mit oder ohne Vermittlung einer Siebbeinzelle, in die Orbita und den Bulbus ohne Weiteres eindringen und die Pupille in dem und dem Grade erleuchten können, selbst wenn die beiden Kieferhöhlen, die rechte, gut entwickelte wie die linke, gering ausgebildete, bis zu ihren Ostien mit Eiter angefüllt wären[3]). Würde sich Jemand darauf verlegen, an durchschnittenen Köpfen weitere hierhergehörige, den vorstehenden ähnliche Beispiele zu sammeln, so würde er bei der äusserst grossen Verschiedenheit in der Gestaltung dieser Theile, ein recht ansehnliches Material wohl bald zusammenbekommen. Bei Anwesenheit einer geringen

[2]) Anatomie der Nasenhöhle, I. Bd., 1883, Taf. 3, Fig. 12, Taf. 14, Fig. 63, Taf. 15, Fig. 64; 2. Aufl., 1893, Taf. 10, Fig. 5, Taf. 26, Fig. 3 und 4.

[3]) L. c. 2. Aufl., Taf. 27, Fig. 2.

Digitized by Google

Menge oder nur einiger Flocken von Eiter in der Kieferhöhle ist aber auch eine Durchleuchtung der Pupille natürlich ebenso wenig ausgeschlossen, wie eine solche der Wange, und es ist nur zu bedauern, dass so viele Autoren von dem oftmaligen Vorkommen geringgradiger Eiterungen sich noch immer nicht überzeugt zu haben scheinen.

Den neulich beschriebenen Fällen, in welchen das Davidsohn'sche Symptom schon wegen Trübung der brechenden Medien u. dergl. (eitrige Geschwüre der Hornhaut, Trübung des Glaskörpers und der Linse, Pupillenverschluss u. s. w.) nicht zu constatiren war, könnte ich noch weitere, inzwischen beobachtete Fälle der Art anreihen, doch wird ja jeder Arzt, der sich mit Augenkrankheiten beschäftigt und dem Verhalten der Nase und ihrer Nebenhöhlen auch nur ein wenig Aufmerksamkeit schenkt, solche Beobachtungen gemacht haben.

Alles bezüglich der objectiven Durchleuchtung der Pupille Gesagte gilt natürlich auch betreffs der hier zu beobachtenden subjectiven Lichtempfindung. Der erste Autor übrigens, welcher dieses Symptom erwähnt hat, ist B. Kelly in Glasgow. In der Februar-Nummer des Medical Journal 1892 sagt derselbe in dieser Hinsicht Folgendes: Under favorable circumstances the eye itself may be transillumined, when its movements may be followed by watching the red pupil. While employing this test, J usually ask the patient to close the eyes and tell me whether any redness is then discernible. Frequently nothing is perceived; occasionally, however, it seems as if the interior of one or both eyes were lit up by a dull, red glow. In almost all the cases in which J have found absence of the antral tache on one side — whether from the presence of pus or from other causes — the patient has reported a perception of light on the bright side and an absence of it on the dark[4]). Zunächst also hat B. Kelly die Abwesenheit einer subjectiven Lichtempfindung seltener beobachtet, als die Abwesenheit „of the antrum tache", so dass das Symptom also noch unzuverlässiger wäre, als das Dunkelbleiben der Wange; dann aber hat Kelly nicht angenommen, dass das Vorhandensein einer subjectiven Lichtempfindung bei der Durchleuchtung das Vorhandensein einer geringen Menge oder einiger Flocken von Eiter in der Kieferhöhle thatsächlich ausschliesse. Mit viel grösserer Bestimmtheit bezüglich der Bedeutung der subjectiven Lichtempfindung haben sich Burger und soeben noch Garel ausgesprochen. Nach Burger[5]) ist die subjective Lichtempfindung bei der Durchleuchtung normaler Kieferhöhlen „regelmässig" vorhanden und deshalb seiner Meinung nach von grösserer Bedeutung, als das auch nach seiner Erfahrung nicht immer wahrnehmbare Aufleuchten der Pupille: wenn es aber nach seinen eigenen Worten selbstverständlich ist, dass eine geringe Eitermenge in der Kieferhöhle die Lichtstrahlen durchlässt, so wird dann auch eine subjective Lichtempfindung zu Stande kommen können, so dass die Bedeutung auch dieses Zeichens hinfällig ist. Nach Garel[6]) fehlt denn auch die subjective Lichtempfindung bei Durchleuchtung kranker Kieferhöhlen gänzlich nur „dans la majorité des cas", sie ist aber in so

[4]) Sep.-Abdr., S. 9.
[5]) Diese Monatsschrift 1893, No. 11.
[6]) Annales des maladies de l'oreille etc. 1894, Mai.

Digitized by Google

und so vielen Fällen seiner Beobachtung schwächer gewesen, als auf der gesunden Seite, so dass also schliesslich nur auf die grössere oder geringere Deutlichkeit eines subjectiven Symptoms die Diagnose sich gründet! Und welchen Werth soll dasselbe nun gar in den oben besprochenen Fällen von Erweiterung des unteren oder mittleren Nasengangs oder bei Amaurose des betreffenden Auges in Folge von recidivirender Irido-Chorioiditis oder dergl. besitzen? Die Probedurchspülung vom Alveolarfortsatz aus, in passender Weise, d. h. also nach Anbohrung der Kieferhöhle mittelst der von mir empfohlenen Rotationsmaschine, ausgeführt, hilft über diese und andere Bedenken in einfachster Weise hinweg und das Wort von La Bruyère, la vérité est simple et ingénue, mais l'on veut du spécieux et de l'ornement, bleibt auch in Bezug auf die Durchleuchtung wahr.

Zusatz. Inzwischen sind noch zwei hierhergehörige Arbeiten erschienen, der in der Berliner Laryngologischen Gesellschaft im J. 1893 von J. Herzfeld gehaltene Vortrag über die electrische Durchleuchtung der Gesichtsknochen und der Pupille bei Empyem der Kieferhöhle und ein Abriss der Symptomatologie und Diagnostik des Empyems der Kieferhöhle von Burger (v. Bergmann's Sammlung klin. Vorträge No. 111). Herzfeld kommt nach practischen Versuchen zu dem, meiner eigenen Ansicht durchaus entsprechenden Ergebniss, dass es im Interesse der an verkannter Eiterung des Sinus maxillaris leidenden Personen liege, gegen die, von mir empfohlene, Probepunction mit nachfolgender Durchspülung nicht weiter sich zu sträuben, als dem einzigen, sicheren und schnellen diagnostischen Mittel; ebenso erklärt er im Hinblicke auf die Ueberschätzung des Symptoms der subjectiven Lichtempfindung durch Burger, dass bei den, auch seiner Beobachtung nach nicht seltenen, geringgradigen Eiterungen der Kieferhöhle, die Kranken selbstverständlicher Weise eine Lichtempfindung haben, dass ferner viele Kranke nicht im Stande sind, über das Vorhandensein oder den Mangel einer Lichtempfindung eine sichere Auskunft zu geben. Burger hingegen verharrt in seinem, mit persönlichen Ausfällen abermals versetzten, Vortrage noch immer in der Ueberschätzung der subjectiven Angaben der Kranken.

Demgegenüber erkläre ich, dass nach einer Reihe an Kranken inzwischen von mir angestellter, hier nicht im Einzelnen mitzutheilender Versuche 1) das Fehlen einer subjectiven Lichtempfindung in einem ansehnlichen Theile der Fälle nicht auf Anwesenheit einer Eiterung, sondern auf grösserer Dicke der Knochenwandungen des Sinus, vielleicht auch auf starkem Pigmentgehalt der Chorioidea beruht; 2) dass nicht nur bei geringer, sondern auch bei recht beträchtlicher Eiterung der Kieferhöhle eine subjective Lichtempfindung vorhanden sein kann. Will man daher aus Gründen der ärztlichen Politik in der Diagnostik der Eiterungen der Kiefer- und Stirnhöhle vorläufig noch bei dem Durchleuchtungsverfahren bleiben, so wäre dagegen vielleicht nichts einzuwenden: thatsächlich aber kommt der Durchleuchtung in dieser Hinsicht eine bestimmende Bedeutung ganz und gar nicht zu und sie gehört in dieser Beziehung durchaus der Vergangenheit an.

Digitized by Google

Aus der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke
des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien.

Ueber den Ausfall der Gehörsperception auf einem Ohre.

Von

Dr. **Ferdinand Alt,**

Demonstrator an obiger Klinik.

Schon in den ältesten Werken über Ohrenheilkunde findet man Bemerkungen der betreffenden Autoren, welche den Augenaffectionen analoge Krankheitsprocesse an den Gehörorganen annehmen.

Durch genaue Beobachtung des Verhaltens Schwerhöriger und durch Verwerthung therapeutischer Versuche, die schon vor Jahren von meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Gruber, empfohlen wurden, glaube ich ein bisher noch nicht beschriebenes Krankheitsbild festgestellt zu haben, das sein Analogon in einer allgemein bekannten Augenaffection findet.

Beobachten wir z. B. einen Mann, der sich dessen bewusst ist, auf dem rechten Ohre schlechter zu hören, als auf dem linken.

Wie benimmt sich derselbe, wenn er mit Jemand spricht?

Im Zimmer wendet er dem Sprecher stets sein linkes (besseres) Ohr zu; er wird dies auch dann thun, wenn so laut gesprochen wird, dass er das Gesprochene ganz gut mit seinem rechten (schlechteren) Ohre hören könnte. Wenn er auf der Strasse mit Jemand geht, wird er immer trachten, zur Rechten seines Begleiters zu bleiben, um ihm sein linkes Ohr zuwenden zu können. In einer grösseren Gesellschaft wird er nie ruhig auf seinem Platze sitzen, weil er von mehreren Seiten her angesprochen werden kann, er wird sich immer hin- und herwenden, nur um sein besseres Ohr in die Richtung des jeweiligen Sprechers zu bringen. Aehnlich verhält er sich, wenn er aus der Ferne Schalleindrücke gewinnen will. Wir ersehen daraus, dass der Schwerhörige in unserem Beispiele seinem rechten Ohre gar nicht vertraut und die Perception aller Schalleindrücke seinem linken Ohre überlässt.

Es sei mir nun gestattet, ganz kurz ein Capitel aus der Augenheilkunde (nach dem Lehrbuche von Prof. Fuchs) behufs Feststellung einer analogen Augenaffection heranzuziehen.

Welche Ursachen bedingen den Strabismus? I. Refractionsanomalien, welche an einem Auge allein, oder doch in höherem Grade als an dem anderen vorhanden sind. II. Trübungen in den brechenden Medien, besonders in der Hornhaut und Linse. III. Intraoculare Erkrankungen.

Schon eine leichte Hornhautnarbe, die an und für sich die Sehschärfe eines Auges nicht wesentlich beeinflusst, vermag den gemeinsamen Sehact so sehr zu stören, dass der Kranke es lernt, von den Eindrücken dieses Auges vollständig zu abstrahiren. Die Exclusion ist ein psychischer Act. Das schielende Auge sieht wohl, aber die Gefühlswahrnehmung desselben erregt nicht die Aufmerksamkeit, gleich wie viele Menschen im Stande sind, beim Sehen durch ein Microscop das andere Auge offen zu lassen und doch nicht damit zu sehen. Ohne Zweifel besteht schon vor dem Eintritte des Schielens ein gewisser Grad von Sehschwäche, dieselbe nimmt jedoch immer mehr zu, je länger das

Digitized by Google

Schielen besteht, weil sich wegen der Ausschliessung des Auges vom Sehacte Amblyopia ex anopsia ausbildet. Dieselbe erreicht schliesslich einen solchen Grad, dass das Lesen unmöglich wird und etwa nur noch die Finger in kurzer Entfernung gezählt werden.

Welche Analogien ergeben sich aus diesen Betrachtungen für die Ohrenheilkunde?

Geradeso wie der Sehact aus dem einfachen — ich möchte sagen physicalischen — Sehen und der Perception des Gesehenen besteht, so zerfällt auch der Höract in das physikalische Hören und in die Perception des Gehörten. Dass wir von der Perception des Gehörten abstrahiren können, möchte ich mir nun an einigen Beispielen zu erklären erlauben.

Jedermann hat schon einmal, in Gedanken versunken, seinen Blick in die Ferne gerichtet und dabei nichts gesehen, ebenso ist sicherlich ein Jeder einmal sinnend dagestanden und musste drei bis vier Mal angerufen werden, bevor er etwas hörte. Gleichwie der geübte Naturforscher im Stande ist, beim Microscopiren das andere Auge offen zu lassen und doch nicht damit zu sehen, so kann der geübte Arzt beim Auscultiren der Brustorgane das andere Ohr offen lassen und doch nicht damit hören, das heisst er kann von dem im Krankenzimmer herrschenden Lärm abstrahiren. Offenbar werfen wir in derartigen Augenblicken die Perception für das Gehörte ab.

Kehren wir nun zu unserem Beispiele zurück. Nehmen wir an, unser Patient wäre auf dem rechten Ohre mit einer catarrhalischen oder plastischen Entzündung des Mittelohres behaftet. Wenn er in der Eingangs geschilderten Weise dieses Ohr vernachlässigt, alle Schalleindrücke mit dem anderen, gesunden Ohre zu erfassen sucht, thut er nicht etwas Aehnliches, wie der Patient mit der Hornhautnarbe? Der Kranke mit der Trübung in den brechenden Medien lernt von den Eindrücken dieses Auges zu abstrahiren, weil sein gemeinschaftlicher Sehact gestört wird; der Schwerhörige mit der catarrhalischen oder plastischen Entzündung des Mittelohres lernt von den Eindrücken des kranken Ohres zu abstrahiren, weil er diesem Ohre nicht vertraut, weil er es systematisch vernachlässigt. Stellwag hat immer behauptet, das Abwerfen eines Auges vom gemeinschaftlichen Sehacte sei eine Kunst, die erst erlernt werden muss, und dasselbe könnte man vom Abwerfen der Gehörsperception auf einem Ohre annehmen. Es ist selbstverständlich, dass dieser Ausfall der Gehörsperception nicht immer eintreten muss, ebenso wenig, als jede Trübung in den brechenden Medien des Auges zur Amblyopia ex anopsia führt; aber dass dies eintreten kann, vielleicht in demselben Procentsatze, als die Amblyopie eintritt, erscheint mir sehr plausibel.

Aus einer Reihe hierher gehöriger Fälle, die ich im Ambulatorium der Klinik meines verehrten Chefs zu beobachten Gelegenheit hatte, will ich einen typischen Fall herausgreifen, bei dem ich Folgendes feststellen konnte:

H. W., Beamter der Staatsbahn, 43 Jahre alt, hört seit fünf Jahren schlecht auf dem linken Ohre. Vor 13 Jahren Typhus abdominalis ohne Folgeerscheinungen, sonst stets gesund. Die Eltern starbem in hohem Alter und waren nicht schwerhörig, in der Familie Niemand schwerhörig. Seine Ohrenaffection führt Patient auf eine Erkältung zurück.

Digitized by Google

Er hatte zunächst Sausen im linken Ohre, Druck in der linken Kopfseite und war sich dessen bewusst, links schlechter zu hören. Er suchte zu Beginn der Erkrankung keine ärztliche Hilfe, erst als das Hörvermögen links rapid sank, consultirte er vor vier Jahren Brovicz in Krakau, vor drei Jahren Bezold in München, vor zwei Jahren Gruber in Wien. Die angestellten therapeutischen Versuche vermochten die Hörschärfe links nicht zu verbessern.

Die Untersuchung ergiebt: Linkes Ohr: Gehörgang normal, Trommelfell stark eingezogen, diffus getrübt, am vorderen, unteren Rande eine halbmondförmige Kalkablagerung, Lichtreflex verkürzt. Rechtes Ohr: Lichtreflex hochgradig verkürzt, keine Kalkablagerung, sonst derselbe Befund wie links. Hörprüfung: Uhr (an der Klinik) rechts 95 Ctm. (normal 3 Mtr.), links wird die Uhr nur in contiguo mit der Ohrmuschel gehört. Flüstersprache links 20 Ctm. Stimmgabeluntersuchung: Die auf den Scheitel aufgesetzte (annähernd) c_2-Stimmgabel wird an der Ansatzstelle gehört. In der Medianlinie aufgesetzt, Brummen im ganzen Kopfe. Dieselbe Stimmgabel wird vor dem rechten Ohre annähernd normal lang gehört, vor dem linken Ohre wird nur die stark angeschlagene Stimmgabel hochgradig verkürzt gehört. Der Rinne'sche Versuch ist rechts positiv, links nicht verwerthbar, da die stark angeschlagene Stimmgabel, auf den Warzenfortsatz aufgesetzt, nur minimale Zeit, annähernd ebenso lange, wie vor dem linken Ohre, gehört wird.

Stimmgabel c_3 hört Patient links nur ganz kurze Zeit, ebenso c_2. c_1, c und a werden links nicht gehört.

Beim Catheterismus wird beiderseits ein breites, volles Auscultationsgeräusch wahrgenommen.

Zur richtigen Beurtheilung des vorliegenden Falles nach den üblichen diagnostischen Grundsätzen müssten wir drei Krankheitsprocesse heranziehen.

1) Otitis media plastica (im Sinne Gruber's). Für diese Erkrankung sprechen die Veränderungen am Trommelfell und der Ausfall der Perception tiefer Töne, dagegen der nicht verwerthbare Weber'sche und Rinne'sche Versuch und die intacte Durchgängigkeit der Tube.

2) Die Hörnerven- bezw. die Cerebralerkrankung. Für diese spricht die hochgradig verkürzte Perception der Stimmgabel c_2 vor dem Ohre und von den Kopfknochen aus, das breite, volle Auscultationsgeräusch beim Catheterismus, dagegen der nicht verwerthbare Weber'sche Versuch, der Trommelfellbefund und der Ausfall der Perception für tiefe Töne.

3) Die Combination der sub 1 und 2 genannten Affectionen. Hierfür würde die Annahme Politzer's sprechen, dass bei einer Complication der Mittelohraffection mit vorgeschrittener Labyrintherkrankung die Stimmgabel oft ebenso rasch vor dem Ohre, als vom Warzenfortsatze abklinge. Allein dies wird nur als Hypothese hingestellt, für die kein sicherer Beweis zu erbringen ist.

Ich möchte mir nun erlauben, den vorliegenden Fall (und analog eine Reihe ähnlicher, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte) in folgender Weise zu erklären.

Patient erkrankte vor fünf Jahren an einer catarrhalischen Mittelohrentzündung beiderseits. Er suchte zunächst — ein ganzes Jahr lang

Digitized by Google

— keine ärztliche Hilfe. Inzwischen wurde er sich bewusst, auf dem linken Ohre schlechter zu hören, als auf dem rechten. Er benutzte — in der früher geschilderten Weise — ausschliesslich sein rechtes Ohr beim Höracte und vernachlässigte dadurch vollständig sein linkes Ohr. Er hörte zunächst noch soviel auf dem linken Ohre, als eben der pathologischen Veränderung entsprach, allein die Gehörswahrnehmung desselben erregte nicht seine Aufmerksamkeit, er lernte von den Eindrücken dieses Ohres vollständig zu abstrahiren und verlor dadurch die Gehörsperception für das linke Ohr nahezu vollständig.

Für den Ausfall, bezw. für die beträchtliche Herabsetzung der Gehörsperception des linken Ohres in unserem Falle spricht: 1) Die Stimmgabel c_2 wird beim Rinne'schen Versuche sowohl vor dem Ohre, als vom Warzenfortsatze aus nur äusserst kurze Zeit gehört. 2) Der Fall lässt sich weder in das Capitel der Otitis media plastica, noch in das der Labyrintherkrankungen einreihen. 3) Therapeutische Versuche sind möglich und mit Erfolg zu verzeichnen, wobei ich von folgenden Grundsätzen ausging:

Die üblichen therapeutischen Maassregeln, die bei einer plastischen Mittelohrentzündung zur Anwendung gelangen, bieten in diesen Fällen keine Aussicht auf eine günstige Beeinflussung des Krankheitsbildes. Da es sich beim Ausfall der Gehörsperception um einen psychischen Act handelt, kann nur eine Therapie, die auf den Acusticus oder das Gehörscentrum selbst einzuwirken vermag, einigermaassen Erfolg versprechen. Hierbei konnte ich in zweckmässiger Weise die Anschauungen meines klinischen Vorstandes verwenden.

Gruber nimmt an, dass bei hochgradiger Schwerhörigkeit sowohl der Hörnerv, als die Binnenmusculatur durch Mangel an Thätigkeit nach und nach functionsuntüchtig werden und behauptet, dass ein Hörrohr nicht blos den Zweck hat, dem Hörvermögen des Kranken in seinem socialen Umgange zu Hilfe zu kommen, sondern in gewissem Sinne als Heilmittel zu betrachten ist, weil es den Hörnerven in Thätigkeit erhält, und empfiehlt demnach, das Hörrohr bei chronischen Leiden möglichst zeitlich als palliatives Mittel in Anwendung zu bringen.

Von diesen Grundsätzen geleitet, kläre ich beim Ausfalle der Gehörsperception auf einem Ohre die Patienten über ihren Zustand auf und lege ihnen an's Herz, ihr schlechteres Ohr ja nicht zu vernachlässigen und sich möglichst anzustrengen, mit demselben zu hören. Ferner empfehle ich ihnen, ihr gesundes — bezw. besseres — Ohr öfters am Tage (15—20 Mal) für kurze Zeit (2—3 Minuten) mit Wolle und überdies mit dem Finger zu verstopfen und für das schlechtere Ohr Hörübungen in der Weise anzustellen, dass sie sich aus möglichst grosser Entfernung aus einem Buche vorlesen lassen und jedes Wort nachsprechen.

Wenn auch bei vollständig verloren gegangener Gehörsperception die Aussicht auf guten Erfolg ebenso gering ist, wie bei analogen Fällen von Amblyopia ex anopsia, hoffe ich doch, bei noch nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen günstige Resultate zu erzielen.

Ob chronische Processe der verschiedensten Art zu einem Ausfalle der Gehörsperception führen und unter welchen Umständen dies eintreten kann, darüber sind meine Untersuchungen durchaus nicht abgeschlossen;

Digitized by Google

ich wäre allen Herren vom Fache, die mit mir diesem Thema ihre Aufmerksamkeit zuwenden wollten, zur grössten Dankbarkeit verpflichtet.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Prof. Gruber, sowie dem Herrn klinischen Assistenten Dr. Kaufmann meinen verbindlichsten Dank für ihre liebenswürdige und werthvolle Unterstützung auszusprechen.

Bericht über die Verhandlungen des Vereins für innere Medicin über die Diphtherieheilserumfrage in den Sitzungen am 2. und 3. April 1895 in München.

Von

Prof. **Moritz Schmidt.**

Referat des Herrn Heubner:

Ref. folgert zunächst an der Hand eines grossen statistischen Materials aus 5 amerikanischen Städten, dass man von einer bestimmten Milde oder Bösartigkeit des Verlaufes der Krankheit in einem bestimmten Zeitabschnitte nicht reden könne, indem in den 5 amerikanischen Städten die Sterblichkeit in derselben Zeit eine sehr verschiedene gewesen sei. Vergleiche man aber die Sterblichkeitscurven der deutschen Städte in den letzten Jahrzehnten, so komme man zu der Erkenntniss, dass eine Steigerung der Intensität der Diphtherieepidemien in dem Jahre 1881 begonnen habe und ihren höchsten Stand im Jahre 1886 erreicht habe, seitdem falle sie anhaltend, jedoch sei in allen Jahren immer im November eine Zunahme zu erkennen gewesen, nur im Jahre 1894 fehle dieselbe in 4 grösseren Städten, in denen die Serumbehandlung geübt wurde, was Ref. der Einführung des Heilserums zuzuschreiben geneigt ist. In den Berliner Krankenhäusern seien von 1332 ohne Serum behandelten Fällen 38 pCt. und von 1390 mit Serum behandelten 21 pCt. gestorben. Ref. widerlegt den Einwand, dass dies günstige Ergebniss der vermehrten Aufnahme leichter Fälle zuzuschreiben sei mit der Angabe, dass allerdings mehr leichte Fälle aufgenommen worden seien, die Zunahme derselben habe aber nur 5 bis 8 pCt. betragen. Bis Ende Januar seien über 3000 mit Serum behandelte Fälle bekannt geworden, mit einer Sterblichkeit von nur 20 pCt.

Wir verdankten die Bestätigung der Ansicht Bretonneau's, dass die Diphtherie eine einheitliche Krankheit sei, wesentlich der Bacteriologie. Nach seinen eigenen Untersuchungen habe er in 558 Fällen den Löfflerschen Bacillus nur 61 Mal vermisst, aber in den 504 Fällen, in denen er nach der Epikrise sein Vorhandensein habe erwarten müssen, nur 7 Mal. Er schlage vor, alle die Fälle, in denen der Bacillus nicht gefunden werde, als Diphtheroid zu bezeichnen, also z. B. von einem Scharlachdiphtheroid, einem Croupdiphtheroid u. s. w. zu sprechen.

Von 207 von Ref. genauer bearbeiteten Serumfällen aus der Berliner Charité seien 181 reine und 26 complicirte gewesen, von den reinen 10 pCt., von den complicirten 30 pCt. gestorben. 64 pCt. der Kranken seien in den ersten drei Tagen der Erkrankung aufgenommen worden und 50 pCt. unter 5 Jahren alt gewesen. Die angewendeten Dosen des

Digitized by Google

Serums hätten 600 bis 3600 I. E. betragen. Eine locale Behandlung sei unterlassen, wohl aber der Allgemeinzustand des Kranken sehr berücksichtigt und namentlich Werth auf die künstliche Ernährung gelegt worden.

Ref. habe versucht, durch Aufeinanderlegen einer grossen Anzahl von Fiebercurven eine so zu sagen Normalfiebercurve für Diphtherie zu construiren und dabei gefunden, dass sich in der zweiten Hälfte der ersten Krankheitswoche eine secundäre Temperaturerhebung zeige, die in den mit Serum behandelten Fällen fehle, bei den mit zu schwachen Dosen eingespritzten aber noch andeutungsweise vorhanden sei.

Die Pulsfrequenz habe in einer grösseren Anzahl von Fällen rasch abgenommen. Die Membranen hätten sich bei den mit genügenden Dosen behandelten Kindern in der Regel am achten Tage losgestossen, bei den mit zu schwachen Dosen versehenen am neunten bis zehnten; in 16 von 181 Fällen hätten sich nach der Injection noch neue Stellen mit Membranen bedeckt. Ein Uebergreifen der Membranen auf den Kehlkopf habe er in den Fällen, in denen derselbe bei Beginn der Behandlung frei gewesen, nie!! beobachtet. Die Reinigung der Luftwege, wo sie ergriffen waren, habe er wiederholt als sehr rasch von Statten gehend gefunden. Neun Mal unter 181 Fällen konnte die Operation bei schon im Kehlkopf Erkrankten umgangen werden. Albuminurie habe er in 22 Fällen nach der Injection beobachtet, nicht häufiger als bei den ohne Serum behandelten Kranken. Er nehme Erzählungen über stärkere Nephritis nach der Injection sehr skeptisch auf, meistens handele es sich dann um Scharlachfälle. Rückfälle mit erneutem Fieber habe er drei Mal gesehen. Lähmungen würden nicht vermindert, sie kämen eher häufiger vor, was er aus der Zunahme der Heilungsfälle erklären will, denn unter den früher Gestorben und jetzt geheilt Werdenden wären sicher früher mehr Fälle an Lähmungen erkrankt, wenn sie am Leben geblieben wären. Er hebt hervor, dass das Heilserum ein unschädliches Mittel sei. Höchstens fänden sich angioneurotische Exantheme mit Gelenkschmerzen und Fieber am zehnten bis zwölften Tage. Er habe Flecken 31 Mal unter 181 Fällen gesehen und ein Fünftel derselben habe zugleich auch Gelenkschmerzen gehabt. Diese Erscheinungen, namentlich die Schmerzen seien ja unangenehm, sie vergingen aber fast ausnahmslos in zwei Tagen und er nehme sie gerne in den Kauf, wenn er mit dem Mittel so viele Kinder mehr heilen könne. Was die Immunisirung anlange, so habe er 64 eingespritzt und es seien trotzdem 2 davon nachträglich befallen worden. Weitere Versuche über die immunisirende Wirkung seien nothwendig, jedenfalls müsse man bis jetzt annehmen, dass der Schutz ein nur kurz andauernder ist. Am Schlusse betont Ref., dass ihm zwei Wirkungen des Mittels unverkennbar zu sein schienen, die rasche Abnahme des Fiebers und die raschere Lossstossung der Membranen, und dies sei an allen Orten und in allen Ländern beobachtet worden. Wenn man auch einen Theil der Erfolge dem ungewöhnlich günstigen Verlauf der jetzigen Epidemie zuschreiben wolle, so sei es doch auf der anderen Seite wiederholt gefunden worden, dass die Sterblichkeit ihre frühere grosse Höhe wieder erreicht habe, wenn aus äusseren Gründen die Heilserumbehandlung unterbrochen werden musste.

Herr A. Baginsky-Berlin steht nicht unter dem Eindruck, als ob

Digitized by Google

die Diphtherieepidemie im Jahre 1894 eine besonders leichte gewesen sei, die durchschnittliche Mortalität in seinem Spitale habe in den letzten 5 Jahren resp. 50, 33, 36, 42 und 1894 48 pCt. betragen, in der intermediären Zeit des Serummangels sogar 52 pCt. Seine Beobachtungen erstreckten sich nun über 525 eingespritzte Fälle mit einer Mortalität von 15 pCt., und zwar sei dieselbe gesunken bei Kindern:

unter 2 Jahren von 63,3 auf 25,2,
von 2—4 Jahren von 52 auf 17,
von 4—6 Jahren von 37 auf 17,
von 6—8 Jahren von 27 auf 11,
von 8—10 Jahren von 19 auf 5 u. s. w.

Die weiteren Zahlen seien zu klein, um einen sicheren Schluss ziehen zu können.

Was die Wirkungen des Mittels anlange, so sei eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens zu bemerken gewesen, aber erst am Tage nach der Injection. Wenn abermals erhöhte Temperatur eingetreten sei, so wäre die Menge des Serums ungenügend gewesen. Er habe sich ausschliesslich des Aronsohn'schen Heilserums bedient, das nach seinen Versuchen im Antitoxinwerth besser als Höchst No. 2 sei. Eine weitere günstige Wirkung habe er in der Festlegung des örtlichen Processes gesehen, indem derselbe im Pharynx sowohl als auch im Larynx nach der Injection nicht weiter geschritten sei. Während er früher unter 1258 Kindern 418 Tracheotomien und 113 Intubationen mit 59 pCt. Todesfällen gehabt habe, speciell von den Tracheotomirten 64 pCt. gestorben seien, so habe es sich während der Injectionsbehandlung gezeigt, dass die Intubation die Tracheotomie in vielen Fällen ersetzen könne. Er habe einen Stand von 51 Tracheotomien und 54 Intubationen gehabt mit 62 pCt. Heilungen. Bezüglich der Betheiligung des Herzens sei früher das Verhältniss so gewesen, dass er bei 26 pCt. klinische Veränderungen an demselben habe nachweisen können und in 10 pCt. Herztod erlebt und in 37 pCt. myocarditische Processe bei der Section gefunden habe, während nun bei etwa 50 pCt. klinische Veränderungen mit nur 6 pCt. Herztod und nur 24 pCt. Myocarditis beobachtet worden seien. Bezüglich der Nephritis habe er Versuche angestellt, ob nicht etwa der Carbolgehalt des Mittels Schuld sei; es zeige sich Carbol aber nur bei wässrigen Lösungen in dem Urin der Versuchsthiere, während das nicht der Fall sei, wenn man das Carbol in einfachem Pferdeblutserum auflöse. Die Albuminurie habe denselben Character bei den gespritzten und den nicht gespritzten Fällen. Es sei möglich, dass Lähmungen nun häufiger vorkämen, da sich die Mortalitätsverhältnisse verschoben hätten. In Betreff der Nachwirkungen habe er 7 Mal Abscesse beobachtet, trotz der strengsten Asepsis beim Einspritzen, 13 Mal habe er das polymorphe Exanthem am 11. oder 12. Tage mit Fieber und Gelenkschmerzen gesehen, 2 seien gestorben, aber nicht in Folge des Ausschlages.

Seine Versuche über Immunisirung seien, trotzdem er unter 124 geimpften Kindern keine Erkrankung gehabt habe, nicht genügend, um ein Urtheil zu gewinnen.

Er fasst seine Erfahrungen schliesslich dahin zusammen, dass er das Heilserum für das bis jetzt beste Mittel gegen Diphtherie halte, dass es

Digitized by Google

mit ihm und einer mild antiseptischen, reinigenden Behandlung gelinge, die Sterblichkeit auf ein Drittel herabzusetzen, dass das Mittel ungefährlich sei, da die danach beobachteten Ausschläge und Gelenkschmerzen auch früher, wenn auch nicht so häufig, vorgekommen seien, aber eine ungefährliche Complication darstellten und dass die bisher noch bestehende Unklarheit über die Wirkungsart des Mittels keinen Einfluss auf die therapeutische Verwendung desselben haben dürfe, da die Wirkung gegen Diphtherie unzweifelhaft festgestellt sei. Er stehe unter dem Eindruck, dass wir es mit einer Thatsache zu thun hätten, die wohl nur von der Vaccination erreicht worden wäre.

Herr Widerhofer-Wien bekennt sich als einen begeisterten Anhänger des Mittels. Er habe von October 1894 bis Ende Januar 1895 300 Fälle damit behandelt und im Ganzen eine Sterblichkeit von 23,7 pCt. gehabt, gegen früher 56 bis 40 pCt. Wenn er die in den ersten Stunden nach der Einspritzung Gestorbenen abziehe, so vermindere sich die Mortalität auf 14,3 pCt. Einen Einfluss auf die Zahlen habe der Umstand gehabt, dass in mindestens der Hälfte der Fälle die erste Einspritzung erst am dritten Tage der Krankheit habe gemacht werden können. In 77 Fällen von 300 habe er schon vor der Einspritzung Albumen im Harn gefunden, darunter in 20 Fällen in schwerer Form. 15 Kinder seien schon mit ausgesprochener Sepsis aufgenommen worden, mit Blutungen und Drüsenschwellungen etc. Bei 22 Kindern sei eine schon vorhandene Larynxstenose beseitigt worden; 108 Fälle seien trotz Injection zur Operation gekommen, und zwar 57 Intubationen mit 89 pCt. Heilungen und 51 secundäre Tracheotomien mit 35 pCt. Heilungen; im Ganzen 57 pCt. Genesungen. Unter 130 zum Zwecke der Immunisirung Eingespritzten sei nur der Bruder eines Kranken leicht erkrankt, während der ursprünglich Erkrankte schwer erkrankt gewesen sei. Redner spricht noch über die übrige Behandlung und bemerkt, dass er eine eigentliche örtliche Medication nicht geübt habe, nur bei der Herzschwäche könne er das Strychnin sehr empfehlen.

Herr Körte-Berlin hat seinen Bericht schriftlich eingesendet: er hat unter 114 Fällen, unter denen 6 moribund aufgenommen worden, 22 verloren.

Herr Sonnenburg-Berlin verlor nach ebenfalls schriftlichem Bericht unter 66 Fällen 12 pCt. Er hat 14 Mal Exantheme und 3 Mal Gelenkschmerzen und 2 Mal Lähmungen nach Ablauf der Diphtherie beobachtet.

Herr Hagenbach-Basel theilt schriftlich mit, dass er 29 Fälle mit 27 pCt. Sterblichkeit beobachtet habe; 18 darunter hatten Larynxstenose, es wurden alle intubirt, 6 davon sind gestorben; 2 Fälle hatten Nacherscheinungen.

Herr Steigenberger-Budapest theilt ebenfalls schriftlich mit, dass er unter 279 Fällen 76,7 pCt. geheilt habe, die aber zugleich mit anderen Mitteln behandelt worden seien; unter 175 ausschliesslich mit Serum Behandelten habe er 73,7 geheilt, die letzteren seien alle Spitalkranke gewesen.

Herr von Ranke-München: Er habe in seiner Kinderklinik nur schwere und schwerste Fälle und meistens kämen auch die Kranken erst nach dem dritten Tage. Deshalb seien auch die verwendeten Mengen des Heilserums sehr grosse: im Durchschnitt 1184 I. E. Bei 124 ein-

Digitized by Google

gespritzten Kranken habe er eine Mortalität von 22,4 pCt. gehabt, davon seien 102 Fälle uncomplicirte Diphtherie gewesen. Prof. Buchner habe 84 der Fälle bacteriologisch selbst untersucht und in 92,8 pCt. Bacillen gefunden, bei 80 pCt. mit Streptococcen gemischt. Von 102 Fällen seien 96 echte Diphtherie gewesen mit einer Sterblichkeit von 19,7 pCt. Dies sei weniger als die Hälfte des Minimums der in den letzten 8 Jahren beobachteten Ziffern. 63 der Kinder hatten laryngostenotische Erscheinungen bei der Aufnahme, bei 21 gingen die Erscheinungen zurück, 42 Fälle mussten intubirt werden, es starben 13, gleich 30,9 pCt. In den früheren Jahren schwankte die Mortalität der Intubirten zwischen 59,5 und 75,4 pCt., Letzteres im Jahre 1893. Er habe den Eindruck, als ob namentlich auch der klinische Verlauf der stenotischen Fälle sich unter der Serumbehandlung wesentlich günstiger gestaltet habe. Das Heilserum gebe dem Absteigen des Processes einen Halt! Seine Diphtherie-Abtheilung habe seit den letzten 6 Monaten mit einem Male ein erfreulicheres Gesicht bekommen. In keinem Falle sei nach der Injection der Kehlkopf noch ergriffen worden. Die Dauer des Liegenlassens der Tuben habe sich sehr verringert, so dass man sie nach 24 Stunden früher in 8 pCt. und nun in 17,2 weglassen könne, nach 2 Tagen früher bei 26 und jetzt bei 44,8 pCt. u. s. w. Länger als 4 Tage habe man sie vor der Serumbehandlung in 36,0 und jetzt in 3,5 pCt. liegen lassen müssen. Für secundäre Tracheotomie bei den Intubirten hätten früher zwei Indicationen bestanden: absteigender Croup und Gefahr des Decubitus. Die erstere Indication komme jetzt gar nicht mehr vor, ebenso sei die nächtliche Alarmglocke für die Assistenten jetzt so gut wie verstummt.

Herr Kohts-Strassburg hat bei 80 Kranken keine besonders ermuthigende Erfahrungen gemacht: 33 wurden ohne Serum behandelt und ergaben eine Sterblichkeit von 15 pCt., 13 derselben wurden tracheotomirt, von denen 38,4 pCt. starben. Von den 47 mit Serum behandelten starben, nicht operirt, 13, unter ihnen einer an acuter Myocarditis, während von den verbleibenden 34, die tracheotomirt wurden, 10 an ausgedehnter absteigender Diphtherie starben. 3 Mal hat er Exantheme, 4 Mal Gaumensegellähmung und ein Mal eine Wiederkehr der Membranen nach Injection von No. 2 und 3 beobachtet. Ein Mädchen wurde das erste Mal injicirt und tracheotomirt und heilte bei dem Rückfall ohne Serum mit einer zweiten Tracheotomie. Einen Einfluss auf das Allgemeinbefinden habe er nicht finden können, nur habe es ihm geschienen, als ob die Membranen sich nicht weiter ausgebreitet hätten. Viele seiner Kranken seien allerdings erst nach dem vierten Tage eingespritzt worden. Die Serumbehandlung mache jedenfalls die Localbehandlung nicht überflüssig.

Herr Grawitz-Berlin will die theoretische Seite behandeln. Die Injection des Serums führe zu einer Herabsetzung des spec. Gewichts des Blutes, sie habe einen blutverdünnenden Effect, auch beim Menschen. Die Wirkung dauere 10—12 Stunden, dann folge eine Eindickung des Blutes. Die Injectionen seien daher nicht so ganz indifferent. Man solle Versuche mit Injectionen von Blutserum ohne Antitoxin machen, um den Einfluss zu studiren.

Herr C. Seitz-München hat seine Beobachtungen an 140 Fällen gemacht. Von diesen hatten 47 Eiweiss im Harn, und zwar 24 schon vor der Injection und 23 nach derselben; die Dauer der Albuminurie

Digitized by Google

war in 15 Fällen eine halbe und in 5 Fällen eine ganze Woche. Von einem schädlichen Einfluss des Serums auf die Nieren hat er nichts bemerken können. Lähmungen hat er in 8 Fällen und Milzschwellung 5 Mal gesehen; Exantheme kamen 28 Mal vor, 8 Mal nur regionär in der Umgebung der Stichstelle, 10 Mal mit Fieber und theilweise intensiven Allgemeinerscheinungen, in einem Falle mit subnormaler Temperatur, 1 Mal mit einem eclamptischen Anfalle bei einem Kinde, das vorher keine gehabt hatte, 8 Mal kamen Gelenkschmerzen vor, 3 Mal auch Schwellung der Gelenke, ein Fall mit schwerem Herzfehler zeigte Blutspeien. Die Nebenwirkungen sind aber nicht so bedeutend, dass sie von der Anwendung des Mittels abhalten könnten. Er vergleicht es darin auch mit der Vaccine, bei der auch Fieber und Exantheme und Albuminurie beobachtet worden sind.

Herr Stintzing-Jena hat seine Beobachtungen an 59 Fällen machen können und vergleicht damit 59 Fälle aus der Zeit vor der Serum-Behandlung. Im Ganzen sei die Diphtherie in den letzten Jahren in Jena in einer milderen Form aufgetreten. Aus der Vergleichung der beiden allerdings zu kleinen Reihen habe sich ihm kein sehr bedeutender Unterschied im Verlaufe ergeben. Früher sei die Sterblichkeit 25 pCt. gewesen, nun 20, früher seien 27 tracheotomirt worden, jetzt 16 von den 59; bei der Behandlung mit Serum seien von den Operirten 51 pCt. genesen, nun 56.

Herr Trumpp-Graz hat auf Veranlassung des Herrn Escherich eine Anzahl Kinder auf das Vorkommen von Diphtheriebacillen untersucht und ist dabei zu merkwürdigen Ergebnissen gekommen. Er fand z. B. im Rachen virulente Bacillen in 8 Fällen und nicht virulente Pseudodiphtheriebacillen in 6 Fällen, in der Nase 8 Mal virulente und 4 Mal diphtherieähnliche, in der Conjunctiva 11 Mal virulente und 3 Mal nicht virulente. Von den untersuchten 49 Kindern hatten nur 12 Diphtheriesymptome: 6 Diphtheria faucium, 1 D. faucium et laryngis, 1 nur D. laryngis und 4 Ang. lacunaris. Bei den Kindern, bei denen er in der Conjunctiva Bacillen gefunden, waren sonst keine Diphtheriesymptome vorhanden. Bei der Diphtheria faucium fand er Bacillen in der Nase, in der Conjunctiva und 2 Mal auch in der Vulva. Die Fälle zeichneten sich durch grosse Hartnäckigkeit aus, in dem einen fand er die Bacillen noch nach 82 Tagen, in dem anderen nach 61 Tagen. Die Kinder beherbergen also die Bacillen lange und können sie gelegentlich auch noch auf andere übertragen: ein Kind steckte einen Monat nach der Erkrankung vier seiner Nachbarn an, die anderen blieben nach der Immunisirung frei. Die Conjunctivalbacillen tödteten Thiere nicht, wuchsen auch gleich anfangs anders, sie waren aber doch schwach virulent. Es geht daraus hervor, dass die Desinfection der Wohnungen nicht genügt, wenn die Bewohner darin bleiben.

Herr H. Rehn-Frankfurt a. M. glaubt nach eigenen und ihm von Collegen überlassenen Beobachtungen, dass wir einem sehr mächtigen Agens gegenüberstehen, das namentlich in wenigen Stunden der Krankheit Halt gebietet und in der Regel den Ablauf des örtlichen Processes ohne weitere Medication ermöglicht. Ueble Nachwirkungen hat er nicht gesehen. Der Immunisirung kann er weniger Sympathie entgegenbringen,

Digitized by Google

da die Höhe der Dose, die Dauer der Wirkung noch nicht genügend festgestellt ist.

Herr Rauchfuss-St. Petersburg: Beobachtungen aus dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg: Von 101 abgelaufenen Fällen sind 34 gestorben, da jedoch in der Serumperiode die Zahl der Kinder unter 2 Jahren gegen früher bedeutend gewachsen (nach dem 5jährigen Durchschnitt von 15 auf 35 pCt. der Gesammtzahl), so war eine directe Vergleichung mit den Vorjahren nicht möglich. Er hatte 55 pCt. Mortalität. Nach Ausgleichung der Altersdifferenz betrug die Sterblichkeit 28 pCt., annähernd die Hälfte der Vorjahre. Die Abnahme der Sterblichkeit an Rachendiphtherie, die septischen Formen mit eingeschlossen, betrug 50 pCt., die der oberen Luftwege aber nur 18 pCt. Am grössten war der Unterschied bei den Kindern zwischen 3 und 5 Jahren, nämlich 25 pCt. gegen 65 der Vorjahre. Klinisch imponirte der prompte Stillstand des örtlichen Processes im Rachen und in den Luftwegen. Der Process war in den meisten Fällen von Mitbetheiligung der Luftwege schon vor der Aufnahme auf die Tracheobronchialschleimhaut herabgestiegen. Die Fortsetzung der Behandlungsmethode scheint dem Redner dringend geboten.

Herr Glöckler-Frankfurt a. M. hat nach einem gedruckt vorgelegten Bericht in dem Christ'schen Kinderspitale von 100 mit Serum Behandelten 12 verloren, früher 41 pCt.; von 11 Tracheotomien wurden 6 geheilt. Er hat keine Nierenentzündung gesehen. Die Immunisirung schützt nach seinen Erfahrungen nicht.

Herr Treupel-Freiburg hat an Kaninchen Versuche über die physiologische Wirkung des Mittels angestellt. Er beobachtete keine Störung des Allgemeinbefindens, nur ein kurzes Ansteigen des Blutdrucks. Ferner hat er nie Phenol im Harn gefunden, wohl aber eine Trübung ohne Formelemente, eine Art minimaler physiologischer Albuminurie, vielleicht durch Zersetzung zerfallener weisser Blutkörperchen.

Herr Jendrassik-Budapest glaubt eine verschiedene Disposition zu der Krankheit annehmen zu müssen und eine natürliche Immunität. Das Diphtheriemittel verweilt nur kurze Zeit in dem Organismus, ähnlich wie bei dem Tetanus. Daraus wäre die kurze Dauer der Immunität zu erklären.

Herr Siegert-Strassburg hat gefunden, dass bei Kaninchen die Einspritzung von 10 Ccm. Behring'schen Antitoxins kein Eiweiss im Harn hervorruft, dass ferner die Mischung von gewöhnlichem Serum mit 1 bis 2 pCt. Phenol ebenfalls keine Eiweissausscheidung bewirkt, dagegen wohl die Einspritzung von 10 Ccm. reinem Pferdeserum ohne Phenol. Er sieht also in dem Zusatz des Phenols keinen Nachtheil, eher einen Vortheil. Beim Menschen könne es sich allerdings anders verhalten.

Herr Hahn-München glaubt, dass die Wirkung des Mittels noch an normalen Menschen studirt werden müsse. Wenn überhaupt eine antitoxische Wirkung nach der Ansicht Behring's vorhanden sei, so würde eine genaue Statistik der Lähmungen eine Abnahme derselben ergeben müssen.

Herr Mehring-Halle hat in 74 Fällen, die er mit Serum behandelte, die Sterblichkeit, die vorher von 1889—1894 30 pCt. betragen und im

Digitized by Google

Jahre 1894 bis November sich auf 28 gestellt hatte, auf 5! pCt. heruntergehen sehen. Postdiphtherische Lähmungen habe er auch eher häufiger beobachtet.

Herr Vierordt-Heidelberg mahnt zur Vorsicht in der Beurtheilung, sonst verwische sich das Gesammtbild der Discussion. Es kämen doch mancherlei Verhältnisse in Betracht, so der Character und die Prognose der Krankheit, örtliche Verschiedenheiten, es habe sich viel leichteres Material in die Spitäler gedrängt, die Behandlung sei energischer geworden, die Verhältnisse in den Spitälern seien bessere geworden, er verweise da nur auf Paris, man habe öfter die künstliche Ernährung angewendet u. s. w. Seine Resultate mit der Löffler'schen örtlichen Behandlung seien bessere, als die mit dem Serum. Es müsse eben noch weiter gearbeitet werden, namentlich müsse das Mittel auch noch verstärkt werden.

Herr von Jaksch-Prag: Bei schweren Fällen, namentlich mit Necrose der Schleimhäute, trete immer Albuminurie auf, Carbol lasse sich selbst bei schweren Vergiftungen im Harn überhaupt nicht nachweisen.

Herr von Noorden-Frankfurt a. M. hat 81 Fälle mit Serum behandelt, sie seien erst spät aufgenommen worden, daher seien auch die Ergebnisse nicht so günstig: er habe 23 pCt. Sterblichkeit gegen 45 früher. Eiweiss habe er früher bei Diphtherie in 78 pCt. im Harn gefunden und jetzt in 87, ebenso sei die Zahl der Lähmungen nicht vermindert gewesen, er habe 21 Fälle davon gesehen, 8 seien an Herzschwäche gestorben. Die Ursache suche auch er darin, dass jetzt mehr schwere Fälle leben bleiben.

Herr Heubner fasst das Ergebniss der Debatte in seinem Schlussworte dahin zusammen, dass

1) keine Thatsache angeführt worden sei, welche ergeben hätte, dass das Mittel irgend eine schädliche Wirkung habe;

2) dass alle über ein grösseres Material verfügenden Krankenhausärzte eine verminderte Sterblichkeit nach Anwendung des Mittels beobachtet hätten mit Ausnahme des Herrn Kohts;

3) die Anwendung des Mittels möglichst frühzeitig erfolgen müsse, wenn man auf einen günstigen Erfolg rechnen wolle. Er ziehe aus der Verhandlung den Schluss, dass die practischen Aerzte ruhig einspritzen sollten, um so mehr, als das Mittel absolut unschädlich sei. Ueber das Warum der Verminderung der Todesfälle seien die Meinungen noch getheilt, einen wissenschaftlichen Beweis für die Art der Einwirkung des Mittels hätten wir noch nicht. Bezüglich der immunisirenden Wirkungen habe die Debatte noch keine Entscheidung gegeben.

Digitized by Google

II. Referate.

a) Otologische:

Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter (ein neues Gesetz) von Dr. H. Zwaardemaker (Arch. f. Ohrenheilk. 32, VI).

Der Autor weist unter Anführung seiner Versuche mit der Galtonpfeife und Klangstäben darauf hin, dass wir mit dem Vorschreiten unserer Lebensjahre die höchsten Töne der Tonscala allmählig verlieren. Rigiditäten des Schallleitungsapparates können nicht Schuld an dieser Erscheinung haben, da bekanntlich pathologische Veränderungen des Mittelohres die obere Grenze der Tonwahrnehmung nur wenig herabdrücken. Die Ursache dürfte entweder auf Veränderungen im Labyrinth, oder in den Schädelknochen zurückzuführen sein; es müsse die Coincidenz des Verlustes an hohen Tönen im höheren Alter mit dem Verlust der Knochenleitung, der ebenfalls gradatim stattfindet, beachtet werden.

Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. Von Dr. Otto Schadewaldt in Berlin.

Bemerkungen zur Anatomie des „blutenden Septumpolypen". Von Dr. Arthur Alexander in Berlin.

Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand. Von Dr. Max Scheier in Berlin.

Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand. Von Dr. P. Heymann in Berlin. (Arch. für Laryngologie etc., Band I, Heft 3, pag. 259 etc., 1894.)

Unter diesen Gebilden verstehen die genannten Autoren gemeinsam eine etwa linsen- bis haselnussgrosse, mit schlankem oder auch breitem Stiele, zumeist dem vorderen Theile des Septum aufsitzende Geschwulst, welche häufig zu beträchtlichen Blutungen Veranlassung giebt. Schadew. fand sie bei 4 Frauen 3 Mal links-, 1 Mal rechtsseitig; Alex. bei 3 Frauen 3 Mal linksseitig; Scheier bei 2 Männern 2 Mal rechtsseitig; Heym. bei 5 Frauen 2 Mal links-, 3 Mal rechtsseitig, so dass im Allgemeinen und bis jetzt, zumal auch V. Lange in 6 Fällen 5 Mal linksseitigen Sitz beobachtete, diese Seite und das weibliche Geschlecht als von der Neubildung bevorzugt erachtet werden darf. Was die Geschwulst selbst anlangt, so wird sie von allen Autoren als eine gutartige anerkannt; ihr Wachsthum ist bisweilen ein sehr schnelles, gleichsam explosives, wodurch sich ihre oft beobachtete bedeutende Grösse vielleicht erklärt (Schadew.). Die Structur anlangend, so wurde ein Fall von Schadew. als gefässreiches Fibrom erkannt; Alexander constatirte dasselbe, ferner ein Granulom und ein einfaches Fibrom; Scheier ein gefässreiches Fibrom und ein Lymphom. teleangiect.; Heymann fand in drei Fällen bei der microscop. Untersuchung lockeres, reichlich mit Zellen durchsetztes Bindegewebe, das ausserordentlich zahlreiche Gefässlücken zwischen sich liess. Alex. theilt mit, dass, da in einem seiner Fälle die

Digitized by Google

Rundzellen überwogen, der Tumor füglich als Granulom, und da im zweiten Falle die Gefässe, im dritten das Bindegewnbe das microscop. Bild beherrschten, diese Tumoren als Uebergangsformen von dem einfachen Granulom zu den weichen Fibromen bezeichnet werden müssten. Der Name Polyp, unter dem man gewöhnlich in der Nase ein Myxom verstehe, sei daher nicht haltbar, ebensowenig das Epitheton „blutender", da das Symptom des Blutens kein regelmässig wiederkehrendes sei. Er wünscht, dass diese Bildungen nach ihrem microscopischen Bau benannt und auch auf diesem Gebiete Virchow's Forderungen erfüllt werden. Was die Behandlung anlangt, so stimmen sämmtliche Autoren darin überein, dass die gründliche operative Beseitigung der Geschwulst vorzunehmen sei. Während Schad. Wiederkehr nicht beobachtete, constatirt Scheier sowohl, wie Alexander und Heymann in je einem Falle Recidiv. Beschorner.

Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand. Von Dr. Gustav Spiess in Frankfurt a. M. (Archiv für Laryngologie etc., Bd. I, Heft 3, 1894.)

Beschreibung und Abbildung eines, durch eine electrische Stromquelle zu treibenden Motors und verschiedener Traphinen, Fraisen, Feilen und Sägen, welche mit demselben durch eine, in einem beweglichen Schlauche befindlichen Spirale in Verbindung und von demselben in drehende bezw. nach vor- und rückwärts gerichtete Bewegungen (etwa 3600 Umdrehungen in der Minute) gesetzt werden. — Schnelligkeit und Schmerzlosigkeit des Operationsverfahrens, erprobt bei ca. 50 Kranken, sind seine Hauptvorzüge. Ebenso wie zu Operationen am Septum lassen sich die Instrumente auch zur Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengange sowohl, als auch vom Alveolarfortsatze verwenden und schliesslich kann der Electromotor auch der Massage dienstbar gemacht werden. Beschorner.

Meine Erfahrungen in der Behandlung der Eiterungen in der Highmorshöhle. Von Anton Witzel, Zahnarzt in Wiesbaden. (Archiv für Laryngologie etc., Bd. I, H. 3, pag. 393, 1894.)

Bei frischen Empyemen 2—3 Mal täglich Ausspritzen mit Sublimat-Carbollösung (Sublimat 1,0, Carbol 10,0, Spirit. 100,0, Aqu. menth. pip. 2000,0) und dann Drainage. Ist die Eiterung von faulen Zahnwurzeln ausgegangen und besteht keine offene Verbindung von der Alveole nach der eiternden Highmorshöhle: Eröffnung derselben von jener aus mit Hilfe der zahnärztlichen Bohrmaschine, die mit einem 4 Mm. breiten, lanzenförmigen, 6 Ctm. langen Bohrer armirt ist. Ausspritzen mit nicht ätzender, antiseptischer Lösung und Ausstopfen der Höhle mit folgender Pasta: Jodoform. pulv. 9,0, Gummi arab. pulv. 1,0, Mucilag. Gummi arab. Glycerin āā gutt. vj. M. f. pasta dura. Einsetzen eines unten zugeschraubten und mit federnder Goldklammer an einen Zahn zu befestigenden Platinröhrchens. Wiederholung des Ausspritzens und Ausstopfens nach Bedarf. Beschorner.

Digitized by Google

Zwei weitere Fälle von completer einseitiger Choanalatresie. Von Dr. Hopmann in Köln. (Arch. f. Laryngol. etc.. Bd. I, Heft 3, 1894.)

Der erste Fall betraf einen 41 Jahre alten Kupferschmied, dessen rechte Choane, 60 Mm. von der Nasenspitze aus, durch eine compacte Knochenmasse verschlossen war. Dieselbe wurde mit Hammer und Meissel entfernt, der Kranke geheilt. Der zweite Fall ein 15jähriges Mädchen, deren linke, sehr enge Choane durch eine Membran völlig obturirt wurde. Die stumpfe Durchtrennung dieser machte keine Schwierigkeiten, mehr aber die Erweiterung des knöchernen Choanalringes, die aber doch schliesslich erreicht wurde, und zwar in dem Maasse, dass anfänglich ein dickes Drainrohr, später Elfenbeinzapfen durchgeführt werden konnten. Für beide Fälle nimmt H. die congenitale Natur der Choanal-Occlusion an. Beschorner.

Behandlung der Nasenrachenpolypen. (Du traitement des polypes nasopharyngiens.) Von Dr. Verneuil. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 12 Décembre 1894 und Semaine médicale No. 70. 1894.)

Verf. ist von der schnellen Methode, mit Resection und Messer zu operiren, zurückgekommen und empfiehlt die langsame Behandlungsmethode; das Messer soll den Polypen nicht berühren. Man soll, um die Eventualität der Recidive zu überwachen, den Gaumen nicht gleich nach der Operation zunähen, sondern lieber einen prothetischen Apparat tragen lassen. Dr. P. K.

Ueber adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes und besonders über deren Diagnose und ihre Behandlung mittelst des Fingers. (Sur les végétations adénoides du pharynx nasal et en particulier sur leur diagnostic et leur traitement par le doigt.) Von Dr. Guillaume. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 22, 1894.)

Verf., auf drei Generationen solcher Kranken gestützt, kommt zu dem Schluss, dass das Leiden erblich ist und bei Manchen latent, bei Anderen kaum bemerkbar, bei der dritten Categorie aber ganz offenbar ist. Die Fingermethode bei der Operation wird von den meisten Autoren als ungenügend und gar gefährlich verworfen. Ohne den Spiegel zu verwerfen, muss man doch gestehen, dass der Finger besonders bei Kindern das beste Mittel zur Diagnose ist. Die Operation mittelst des Fingers kann erst gemacht werden, wenn mehrere Nasendouchen mittelst 2- oder 3procentiger Borsäurelösung oder mittelst 3 oder 4 pro Mille Sublimatlösung gemacht worden sind. Der Zeigefinger muss desinficirt sein; der Kopf des Patienten wird nach rückwärts geführt, um so viel wie möglich mit dem Munde eine gerade Linie zu bilden. Bei harten und massenhaften Vegetationen muss man die verschiedenen Instrumente gebrauchen. Die Fingeroperation ist nicht langsam, man bekommt keine starke Blutung, man kann überwachen, was man macht; Verf. kommt zu folgenden Endschlüssen: 1) Der Operateur weiss immer ganz genau, was er macht, er macht keine unnützen Wunden. 2) Die primäre Blutung ist gering, es kommt nie eine Blutung in den ersten 24 Stunden nach der Operation, nie eine secundäre Blutung. 3) Die Methode erschreckt die Patienten viel weniger. 4) Recidiven treten nicht ein bei gehöriger Ueberwachung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Torticolis nach Entfernung der Vegetationen des Nasenrachenraumes nebst Bemerkungen über Nasenreflexe. (Cas de torticolis à la suite de l'ablation de végétations adénoides du nasopharynx, avec remarques sur les reflexes du nez.) Von Dr. C. H. Knight. (Annals of ophtalmol. and otolog., Avril 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Ein 9jähriges Mädchen bekam nach oben angezeigter Operation einen rechtsseitigen Torticolis. Heilung nach 10 Tagen mit viel besserem Allgemeinbefinden, als vor der Operation. Dr. P. K.

Tödtliche Blutung nach Entfernen der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Hémorrhagie consécutive à l'opération des végétations adénoides de la voûte nasopharyngienne, avec relation d'un cas à issue fatale.) Von Dr. James Newcomb. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1894 und American Journal of the medical Sciences.)

Ein 3 Jahre und 9 Monate altes, sehr anämisches und scrophuloses Kind bekam 6 Stunden nach der genannten Operation eine Blutung, welche sträflicher Weise erst behandelt wurde, als das Kind im Sterben war. Tod. Dr. P. K.

Ueber die Anwendung des Antipyrins als Anästheticum bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Von Wladyslaw Wroblewsky in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, Heft 3, 1894.)

Zu vollkommener Anästhesirung der Nasenschleimhaut bei sehr empfindlichen Kranken wendet W. Bepinselungen der Schleimhaut mit: Antipyrin 2,0, Cocain. mur. 1,0, Aqu. dest. 10,0 an. Bei hochgradig schmerzhaften Schlingbeschwerden von Larynxphthisikern erreichte er durch parenchymatöse Injectionen einer 50procentigen Antipyrin-Lösung (ca. 0,18 reines Antipyrin p. dos.) mittelst Heryng'scher Spritze die Möglichkeit, dass die Kranken ca. 12 Stunden hindurch beschwerdelos zu schlingen vermochten. Zu voller, langdauernder Anästhesie beim Curettement des Kehlkopfs, bei Amputation der Zungentonsille, bei Tonsillotomie injicirte er nach vorausgegangener mehrmaliger Einpinselung mit 10procentiger Cocainlösung an zwei Stellen zwei Theilstriche einer 50procentigen Antipyrinlösung. Ueble Nebenwirkungen sah er dabei nie. Beschorner.

Der Stirnhöhlencatarrh. Von Dr. V. Engelmann in Freiburg i. Br. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, Heft 3, pag. 291, 1894.)

Umfangreiche, ausserordentlich gewissenhafte, vornehmlich compilatorische Arbeit, welche unter Beifügung von 15 Kranken- und Operationsgeschichten eigener Beobachtung und unter sorgfältigster Berücksichtigung wohl aller über den Gegenstand veröffentlichten Ansichten der hervorragendsten Autoren über Aetiologie, Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie der Krankheit in erschöpfendster Weise sich verbreitet, und von 119 aus der Literatur gesammelten und tabellarisch zusammengestellten einschlägigen Fällen eine Uebersicht giebt über Alter und Geschlecht der Kranken, Ursache und Dauer der Erkrankung, Complicationen, Operationsmodus etc. Ein reichhaltiges, der Arbeit beigefügtes

Digitized by Google

Literaturverzeichniss wird für Diejenigen, welche sich für den Gegenstand besonders interessiren, eine werthvolle Fundgrube sein und zu weiterem Studium anregen. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Syphilitische Verengerung des Schlundes. (Syphilitic stenosis of the pharynx.) (Lancet, 16. Februar 1895.)

In der Sitzung der Clinical Society of London am 8. Februar 1895 stellte Battle einen Fall vor, in dem sich nach der Heilung von tertiären Geschwüren eine diaphragmaartige Verengerung des Schlundes an der üblichen Stelle in der Höhe des Zungengrundes ausgebildet hatte. Die Verengerung erstreckte sich auf eine Länge von anderthalb Zoll. Nach vorheriger Tracheotomie machte Battle Einschnitte in die Strictur mittelst Scheere und Messer und erweiterte die Stelle dann noch mittelst Dilatatoren. Der Kranke hatte danach eine grosse Besserung empfunden, musste aber von Zeit zu Zeit immer wieder dilatirt werden.

M. Schm.

Neuralgie des Trigeminus. (Lancet, 22. December 1894.)

In der Northwest London Clinical Society theilt Mr. Mayo Collier einen Fall von 4—5jähriger Dauer einer Trigeminusneuralgie mit, die rasch heilte, als aus der Nase ein Polyp und ein dahinter verborgenes Stück necrotischen Knochens entfernt wurde. M. Schm.

Ueber die Veränderungen des Plexus cardiacus bei Herzparalyse nach Diphtheritis. (Sur les altérations du plexus cardiaque dans la paralysie du coeur consécutive à la diphtérie.) Von Dr. H. Vincent. (Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, Juli 1894 und Semaine médicale No. 49, 1894.)

Die meisten Autoren bringen diese Lähmungen in Verbindung mit Veränderungen des Myocardium oder der Bewegungsnerven des Herzens (Pneumogastricus und Bulbus); der anatomische Beweis für letzteres fehlte bis jetzt. Verf. hat nun durch die Section eine so tiefe Veränderung des Plexus cardiacus (parenchymatöse Neuritis und Atrophie) nachgewiesen, dass selbe genügt, die Herzparalyse zu erklären; es wäre also hier derselbe Process, wie er in den Nerven der durch Diphtheritis gelähmten Gliedmassen vor sich geht; Bulbus und Vagus waren unversehrt, was ja auch mit dem Ausspruch Leyden's übereinstimmt, dass nämlich die diphtheritische Neuritis eine centripetale mit peripherem Ursprung sei. Demnach wären die Herzlähmungen bei Diphtheritis immer auf eine Veränderung des Plexus cardiacus zurückzuführen, ebenso wie die Muskellähmungen der Extremitäten auf eine Neuritis dieser Organe zurückzuführen sind, und so seien beide als Vergiftung durch die vom Löffler'schen Bacillus erzeugten Toxine zu betrachten. Als therapeutische Folge davon soll man das Herz bei solchen Anfällen electrisiren.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Prophylaxe und Behandlung der Bronchopneumonie, welche nach der Tracheotomie bei Diphtheritis eintritt. (Prophylaxie et traitement de la bronchopneumonie consécutive à la trachéotomie pour diphtérie laryngée.) Von Dr. Rocaz und Dr. Moussons. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Isolirung von anderen an Bronchopneumonie leidenden Patienten, wenig Patienten zusammen legen, blos einige Tage in demselben Zimmer bleiben, welches dann ordentlich zu desinficiren ist. Vor die Canüle eine Gazebinde anlegen, welche mit folgender Flüssigkeit getränkt ist: Zimmtessenz 6,0 — Alcohol zu 83 Grad 50,0 — Glycerin 60,0. Auf 100 Operirte genasen 64,1 pCt. Dr. P. K.

Der Canalis incisivus und das Jacobson'sche Organ. (Le canal incisiv et l'organe de Jacobson.) Von Dr. Rangé. (Arch. internat. de Laryngol. et Rhinolog. etc. Bd. VII, No. 4, Juli/August 1894.)

Ergänzung seiner Studie über macroscopische Anatomie des Jacobson'schen Organs bei Rindern und Schafen im VI. Bande p. 206 derselben Zeitschrift. In der vorliegenden, ausserordentlich sorgfältigen und ausführlichen Arbeit kommt R. zu der Ueberzeugung, dass alle Hypothesen über das Jacobson'sche Organ Theorien sind, welche ganz willkürlich von seiner Lage, Structur und Form abgeleitet wurden, aber der Begründung durch directe Beobachtung oder genauere Experimente entbehren. Vor Allem darf man dem Organ keine wirkliche physiologische Rolle vindiciren, denn sowohl seiner functionellen Eigenschaften, wie seiner anatomischen Structur nach erscheint es als ein obsoletes Organ, dessen Functionen im späteren Leben entbehrlich geworden sind. Wozu sie früher dienten, welcher Art sie waren, darüber fehlt uns jede Gewissheit. Beschorner.

Der Thyroidismus und sein Verhältniss zur Basedow'schen Krankheit und zur Hysterie. (Du thyroidisme et de ses rapports avec la maladie de Basedow et l'hystérie.) Von Dr. Béclère. (Société médicale des hôpitaux, séance du 12 Octobre 1894.)

Eine 31jähr. myxomatöse Frau hat irrthümlich in der Zeit von 11 Tagen 92 Grmm. Schafsschilddrüse zu sich genommen. Es traten die bekannten Vergiftungserscheinungen ein: Schneller und ungleichmässiger Puls, Temperatursteigerung, Schlaflosigkeit, Aufgeregtsein, Polyurie, Albuminurie, Paraplegie und Schweissbildung. Ausserdem traten schnelles Athmen, Zittern der Arme, Exophthalmus und glänzende Augen auf: Ganz das Bild der Basedow'schen Krankheit. Bei dieser kann man also füglich das Entstehen ihrer Symptome auf eine gesteigerte Production der Glandula thyroidea zurückführen. Ferner trat im Verlauf der Krankheitsbehandlung hysterische Aphasie mit Monoplegie und Anästhesie des rechten Armes auf; Verf. ist also geneigt, das in zu grossen Dosen dargereichte Thyroidalsecret als eine Ursache der Hysterie anzusehen; jedenfalls kann selbe, wenn sie schon besteht, bedeutend vermehrt werden. Man soll also die Basedow'sche Krankheit aus der Reihe der Neurosen streichen und in das Kapitel der Autointoxicationen einreihen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Zwei Fälle von acutem Jodödem des Larynx. Von E. Schmiegelow in Kopenhagen. (Arch. für Laryngol. u. Rhinol., Bd. I, Heft 1, p. 45.)

In dem einen Falle entwickelte sich nach Darreichung von nur 1,0 Grmm. Jodkalium (in Verbindung mit mercuriellen Einreibungen der Haut) bei einem 56 Jahre alten Manne im Laufe weniger Stunden ein so bedeutendes Larynxödem, dass nur eine schnell ausgeführte Tracheotomie den Patienten vor dem Erstickungstode retten konnte. Nach Sistirung des Jodkaliumgebrauchs schwand das Oedem in wenigen Tagen.

Im zweiten Falle, 68 Jahre alte Frau, bei dem die laryngoscopische Untersuchung bereits vor Beginn der Behandlung ödematöse Infiltration der Ligamenta aryepiglottica, der Epiglottis und beider Cartilag. arytaenoid. ergab, steigerten sich nach Einnahme von Kal. jodat. 5 : 200 (in Verbindung mit mercuriellen Einreibungen der Haut) nach wenig Tagen die Athmungsbeschwerden gleichfalls derartig, dass die Nothwendigkeit der Tracheotomie nahegelegt war. Nach Aussetzen des Mittels schwanden die Respirationsbeschwerden. H. empfiehlt, da wir a priori nie zu sagen im Stande sind, wie das Jod von dem Einzelnen vertragen wird, niemals mit Darreichung der gewöhnlichen grösseren Dosis des Mittels anzufangen. Beschorner.

Ueber die normale und pathologische Physiologie der Kehlkopfmuskeln. (Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx.) Von Dr. Paul Raugé, Lyon 1890.

Das bisher übliche Schema der Kehlkopfmuskeln, welches 9 zumeist den Giessbeckenknorpel um eine verticale Axe drehende Muskeln aufwies, von denen nur der M. crico-arytaenoideus die Stimmritze erweiterte, hält einer genaueren Kritik nicht stand und die klinischen Beobachtungen lassen sich nur gezwungen damit in Einklang bringen.

Abgesehen von der Epiglottis, die nur ein accessorischer Deckel ist, besteht das Kehlkopfgerüst aus einem fixen Theil, dem Ringknorpel, eigentlich nur einem obersten, etwas modificirten Trachealringe und drei beweglichen Hebeln, dem Schild- und den beiden Giessbeckenknorpeln, welche den Stimmbändern und den diese bewegenden Muskeln zum Ansatze dienen.

Untrennbar von einander im hinteren Winkel des Schildknorpels fixirt, können die Stimmbänder nur in Winkelform und zwar durch Auseinanderweichen der Giessbeckenknorpel klaffen. Der vordere Theil der Stimmbänder ist nur einer Bewegung nach vorn fähig, wenn der M. crico-thyreoideus den Schildknorpel in diesem Sinne zieht. Beide Stimmbänder werden dann verlängert und gespannt, wenn nicht ihr Ansatzpunkt, die Giessbeckenknorpeln, dem Zuge vorwärts nachgeben.

Gerade diese Frage der Contraextension und der Fixation der Cartilag. cricoideae gegenüber dem durch die Stimmbänder auf sie übertragenen Zuge bereitet die hauptsächliche Schwierigkeit.

Man hatte den Giessbeckenknorpeln eine Stabilität zugeschrieben, die sie den Ligamentis crico-arytaenoideis und der Gelenkkapsel verdanken sollten, die sie aber durchaus nicht besitzen, wie man sich an der Leiche überzeugen kann.

Die Fixation wird vielmehr durch das Zusammenwirken der Musc. crico-arytaenoid. lateralis, thyreo-arytaenoideus externus und crico-

Digitized by Google

arytaenoid. posticus im Momente der Phonation geliefert, eine hauptsächlich von Jelenffy gestützte Theorie. Die Rotation der Giessbeckenknorpel findet nicht um die allgemein angenommene verticale Axe statt, sondern für die verschiedenen Muskelgruppen giebt es distincte Axen. Es wirken auf ihn 3 Kräfte ein, 2 ziehen ihn nach vorn: das Stimmband und der M. crico-arytaenoid. lateralis; die dritte ist der M. crico-arytaenoid. posterior, von welchem das Gleichgewicht abhängt und dessen Angriffspunkt zwischen die der beiden vorwärts ziehenden Kräfte fällt. Die gleichzeitige einander entgegengesetzte Wirkung dieser drei Muskeln bringt die zur Spannung der Stimmbänder erforderliche Fixirung der Giessbeckenknorpel zu Stande. Die Rotation derselben nach innen, um die Stimmbänder zur Phonation einander zunähern geschieht durch das Zusammenwirken der Mm. cricy-arytaenoid. lateralis und posterior. Nur den inneren Fasern des M. crico-arytaenoid. posterior fällt diese Function zu, die ganze äussere Portion wirkt, wie man schon früher erklärte, als Abductor der Processus vocales und somit als Stimmritzen-Erweiterer.

Da man äusserer Umstände halber weder durch electrische Reizung der Nerven oder einzelnen Muskeln direct, noch durch Durchschneidung der Nervenfasern die Functionen eines isolirten Muskels erfahren kann, sah Verf. sich genöthigt, wie Jelenffy seine Zuflucht zum Experiment am Cadaver, am Kehlkopfe des Ochsen, der genau denselben Bau zeigt wie der menschliche, zu nehmen. Man bemerkt, dass sich hier die Cartilago arytaenoidea nach allen Seiten leicht verschieben lässt, am weitesten in einer Art von Neigung nach vorn, gefolgt von einer Aufrichtung nach hinten. Nach Eröffnung der Kapsel sieht man, dass Form und Richtung der Gelenkflächen dieser Bewegung entsprechen. Die Articulatio crico-arytaenoidea hat die Form einer Rolle und erinnert an das Ellbogengelenk. Der Process. muscularis mit den an ihm inserirten Muskeln ähnelt, besonders von rückwärts gesehen, dem Olecranon und hat auch eine der Cavitas sigmoidea ähnliche Gelenkfläche. Uebt man einen Zug auf den Körper des Crico-arytaenoideus postic. in der Richtung der in dem von ihm gebildeten Fächer median gelegenen Fasern, so sieht man den Arykorpel sich von vorn nach hinten aufrichten, die Processus vocales sich erheben und etwas nach aussen drehen. Der Gesammteffect ist eine energische Spannung der Stimmbänder, wenn man vorher den Schildknorpel fixirt, oder besser noch herabgedrückt hat (und damit die Wirkung des M. crico-thyroideus imitirt).

Während jedes Phonationsactes wirken alle Muskelkräfte zusammen, nicht jedoch, um einen sichtbaren Bewegungseffect hervorzurufen, sondern nur eine Art latente Action: die Spannung der Stimmbänder. Der Musc. crico-arytaenoid. postic. wirkt nicht nur dem Zug seiner Antagonisten sondern auch der Schwere und Elasticität entgegen. Von der adducirenden Wirkung, die ihm Jelenffy zuschreibt, konnte sich R. nicht überzeugen. Er hält ihn vielmehr für einen Glottiserweiterer und respiratorischen Muskel. Letztere Eigenschaft ist jedoch die nebensächliche, weil sie nur bei tiefer Respiration zur Geltung kommt, denn die Erweiterung der Glottis zum gewöhnlichen Inspirium ist ein passiver, nicht durch Muskelaction, sondern durch die Elasticität der Stimmbänder hervorgerufener Vorgang. Während nun die Erweiterung der Glottis zu tiefer

Digitized by Google

Respiration nur einer geringen Muskelthätigkeit bedarf, erfordert die Adduction der Stimmbänder zur Tonbildung viel mehr Anstrengung, es werden dazu alle contractilen Elemente aufgeboten.

Eine Lähmung der Glottiserweiterer kann auch nie Erstickung verursachen, denn die Stimmritze bleibt auch ohne Muskelaction offen, wohl aber kann Asphyxie durch Spasmus der Adductoren zu Stande kommen. — Seit Gerhardt bezeichnet man unter dem Namen „Lähmung der Glottiserweiterer" kritiklos alle Zustände, bei denen die Stimmbänder dauernd neben der Mittellinie stehen. Krause und Jelenffy machten aufmerksam, dass es sich hierbei meist um einen Krampf der Constrictoren handle.

Wegen der Wichtigkeit des M. crico-arytaenoid. posticus bei der Stimmbildung kann von seiner Lähmung nicht die Rede sein, wenn die Phonation unverändert ist. Die Integrität der Phonation, welche bei Lähmung der Abductoren beobachtet wurde, ist immer nur eine relative, aber für scharfe Töne reicht sie nicht hin, weil die für solche nöthige Spannung der Stimmbänder die Mitwirkung des Crico-arytaen. postic. fordert. Ausserdem ist ein objectiver Beweis das oft beobachtete laryngoscopische Bild: Nachvorngesunkensein des Aryknorpels und Verkürzung des Stimmbandes, wodurch die Glottis ein ganz unsymmetrisches Aussehen bekommt. Denkt man nun an die vorerwähnte Retrofixation durch den Crico-arytaenoid. postic., so wird zur Evidenz, dass der Fall des Knorpels nach vorn zu Stande kam durch das Nachlassen des Muskels und die überwiegende Wirkung seiner Antagonisten.

Dr. Hitschmann.

III. Kritiken.

Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. Enthaltend 77 Figuren auf 40 Tafeln in Farbendruck und 8 Zeichnungen. Bearbeitet von Dr. Otto Seifert, Privatdocent in Würzburg und Dr. Max Kahn, Specialarzt in Würzburg. Wiesbaden 1895.

Der bisherige Mangel eines zusammenfassenden Werkes über die Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes hat die Verfasser bestimmt, das vorliegende Werk herauszugeben. Es soll die feinere pathologische Anatomie der betreffenden Krankheitsformen zur Anschauung bringen und so dem Studirenden zur Erleichterung seines Studiums, dem Lehrenden zu didactischem Zwecke dienen.

In der That liegt uns damit ein Werk vor, welches dem genannten Zwecke in glänzender Weise entspricht und als eine hervorragende Bereicherung unserer Literatur anzusehen ist. Der Schilderung der krankhaften Veränderungen wird, gleichsam als Einleitung, eine exacte Beschreibung der betreffenden normalen Gebilde vorausgeschickt, was ganz besonders dem Autodidacten sehr zu Statten kommen wird. Die Beschreibung der ausserordentlich gelungenen chromolithographischen Abbildungen, welche nach microscopischen Präparaten in der Universitätsbuchdruckerei des Herrn Stürtz angefertigt sind, ist eine klare und erschöpfende, und von Seite des Verlegers wurde kein Opfer gescheut, um das Werk als Prachtwerk erscheinen zu lassen. So haben die

Digitized by Google

Autoren und der Verleger ihr Bestes gethan und wir zweifeln nicht daran, dass dieser ausgezeichnete Atlas die beste Aufnahme und weiteste Verbreitung finden wird. Gruber.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Mund- und Halskrankheiten. Unter ständiger Mitarbeitung anderer Collegen herausgegeben von Dr. Maximilian Bresgen in Frankfurt a. M. Halle a. S., Verlag von Karl Marhold 1895.

Der Herausgeber dieser Abhandlungen, unser verdienstvolle College Herr Dr. M. Bresgen, hat sich die Aufgabe gestellt, im Vereine mit mehreren Collegen von gutem wissenschaftlichen Rufe „mit grösster Sorgfalt seine Verbindungsfäden, die alle Körpertheile miteinander verknüpfen, in den verschiedenen Krankheitsbildern aufzusuchen und ihr Verhältniss zu einander klar zu legen". Die Aufgabe ist eine sehr löbliche und verdient die eifrigste Förderung von allen Seiten.

In dem uns vorliegenden I. Hefte finden wir eine Abhandlung aus der Feder des Privatdocenten Dr. H. Suchannek in Zürich unter der Aufschrift: „Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus". Es gebricht uns heute an Raum, um über diese interessante und lehrreiche Arbeit ausführlich zu referiren, wir werden dies aber in einer der nächsten Nummern nachtragen, sowie wir überhaupt diesen wissenschaftlichen Abhandlungen fortan unsere Aufmerksamkeit zuwenden und mit deren Inhalt unsere Leser in ausreichender Weise bekannt machen wollen. Gruber.

INHALT.

I. Originalien: Schrötter: Ein Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des Scleroms der Luftwege. — Ziem: Nochmals die Ueberschätzung der Durchleuchtung der Kieferhöhle. — Alt: Ueber den Ausfall der Gehörsperception auf einem Ohre. — Schmidt: Bericht über die Verhandlungen des Vereins für innere Medicin über die Diphtherieheilserumfrage in den Sitzungen am 2. und 3. April 1895 in München. — II. Referate: a) Otologische: Zwaardemaker: Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter. — b) Rhinologische: Schadewaldt: Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. — Alexander: Bemerkungen zur Anatomie des blutenden Septumpolypen. — Scheier: Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand. — Heimann: Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand. — Spiess: Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand. — Witzel: Meine Erfahrungen in der Behandlung der Eiterungen in der Highmorshöhle. — Hopmann: Zwei weitere Fälle von completer einseitiger Choanalatresie. — Vernouil: Behandlung der Nasenrachenpolypen. — Guillaume: Ueber adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes und besonders über deren Diagnose und ihre Behandlung mittelst des Fingers. — Knight: Torticolis nach Entfernung der Vegetationen des Nasenrachenraumes nebst Bemerkungen über Nasenreflexe. — Newcomb: Tödtliche Blutung nach Entfernen der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Wroblewsky: Ueber die Anwendung des Antipyrins als Anästheticum bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. — Engelmann: Der Stirnhöhlencatarrh. — c) Pharyngo-laryngologische: Battle: Syphilitische Verengerung des Schlundes. — Collier: Neuralgie des Trigeminus. — Vincent: Ueber die Veränderungen des Plexus cardiacus bei Herzparalyse nach Diphtheritis. — Rocaz und Moussons: Prophylaxe und Behandlung der Bronchopneumonie, welche nach der Tracheotomie bei Diphtheritis eintritt. — Rangé: Der Canalis incisivus und das Jacobson'sche Organ. — Béclère: Der Thyroidismus und sein Verhältniss zur Basedow'schen Krankheit und zur Hysterie. — Schmiegelow: Zwei Fälle von acutem Jodödem des Larynx. — Raugé: Ueber die normale und pathologische Physiologie der Kehlkopfmuskeln. — III. Kritiken: Seifert und Kahn: Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. — Bresgen: Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Mund- und Halskrankheiten.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Escherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, Juni 1895.** **No. 6.**

I. Originalien.

Ueber Morbus Ménièrei.

Vortrag,

gehalten in der Oesterreichischen otologischen Gesellschaft am 28. Mai 1895

von

Prof. Dr. **Jos. Gruber.**

Geehrte Herren!

Nach dem inhaltreichen Vortrag, den unser geehrter College, Herr Dr. von Frankl-Hochwart in letzterer Zeit im Wiener medicinischen Club über Morbus Ménièrei gehalten, schien es mir zweckmässig, dasselbe Thema auf's Programm der heutigen Sitzung zu bringen. Vielleicht gelingt es, hier im Kreise einer grösseren Zahl erfahrener Fachcollegen eine Discussion über diesen Gegenstand anzuregen und als Ergebniss einer solchen bestimmte Regeln aufzustellen, welche bei der Diagnose sowohl, wie bei der Prognose und Behandlung des fraglichen Leidens zu beobachten wären.

Es ist eine Thatsache, dass das Wesen des Morbus Ménièrei, seit die internen Aerzte der Krankheit mehr Aufmerksamkeit zuwandten, vollends seit Charcot ein probates Mittel dagegen im Chinin entdeckt zu haben vermeinte, oft sehr verschieden aufgefasst wurde, und Sie Alle

Digitized by Google

wissen so wie ich, dass man häufig bei Patienten, wenn einzelne oder sämmtliche dem Morbus Ménièrei zukommende Erscheinungen, namentlich also die Trias: Schwindel, subjective Hörempfindung, Taubheit, aufgetreten sind, die Diagnose Morb. Ménière machte, obwohl häufig ganz andere Leiden diese Symptome zu Stande brachten. Die Ohrenärzte glaubten eine Remedur zu schaffen, indem sie zwischen Ménière'schen Erscheinungen und Morbus Ménièrei unterschieden, und ich selbst habe bis jetzt diese Distinction als practisch anerkannt, bis ich mich überzeugte, dass auch damit nicht viel gedient ist; denn so oft diese Erscheinungen bei einem Kranken auftauchen, wird doch zunächst nur an Ménière'sche Krankheit gedacht und das Heilverfahren darnach eingerichtet. Meines Erachtens wäre es daher am allerbesten, die Bezeichnung „Ménière'sche Erscheinungen" ganz fallen zu lassen und mit dem Namen „Morbus Ménièrei" nur jene Zustände zu bezeichnen, welche, conform der ursprünglichen Auffassung Ménière's, diesen Namen thatsächlich verdienen.

Bekanntlich hat Ménière die von ihm zuerst beschriebene Krankheitsform auf die Versuche von Flourens über die Bedeutung der halbkreisförmigen Gänge gestützt. Besonders die Ursache der Schwindelanfälle wurde auf Verletzung der halbkreisförmigen Gänge zurückgeführt.

Wenn Ménière auch später zugab, dass dieselben Erscheinungen auch vom Mittelohre aus, durch secundäre Affection des Labyrinthes, zu Stande kommen können, und wenn auch später nachgewiesen wurde, dass selbst vom äusseren Gehörgange aus ähnliche Erscheinungen ausgelöst werden können, so kann doch nicht in Abrede gestellt werden, dass es schliesslich immer die Labyrinthgebilde sind, welche in jenen Fällen, wo diese Erscheinungen vom Ohre ausgelöst werden, die Hauptrolle spielen, und nach den neuesten Lehren der Physiologie ist ja kaum daran zu zweifeln, dass es die Säckchen und die halbkreisförmigen Gänge zunächst sind, welche bei der Erzeugung des Schwindelgefühls in Frage kommen.

Nach meiner Meinung sollen wir aber genau unterscheiden, auch wenn wir mit Sicherheit wissen, dass wir es im gegebenen Falle mit einem Leiden zu thun haben, welches im Ohre selbst seinen Sitz hat, ob die Labyrinthaffection blos Folgezustand eines anderen, etwa eines Mittelohrleidens ist, oder ob wir es mit einem in den betreffenden Labyrinthgebilden primär entstandenen zu thun haben. Die Diagnose wird uns in letzterem Falle nicht schwer sein, da uns ja unsere vorzüglichen objectiven Untersuchungsmethoden die Diagnose auf Mittelohraffection mit Präcision ermöglichen und wir andererseits bei Mangel solcher Erscheinungen und gleichzeitiger Anwesenheit der in Rede stehenden Symptome, welche auf Labyrinthleiden deuten, auch ebenso sicher auf Erkrankung dieser Gebilde schliessen können.

Ich glaube demnach, dass wir in allen jenen Fällen, wo wir die sogenannten Ménière'schen Erscheinungen im Verlaufe anderweitiger Erkrankungen des Hörorgans zu beobachten Gelegenheit haben, diese Benennung gar nicht gebrauchen und die Erscheinungen der zufälligen Complication zuschreiben sollten. Es könnte diese Complication durch Zusatz der weiteren Befunde zur primären Diagnose ihren Ausdruck finden.

Digitized by Google

Wenn ich aber, m. H., nach dem Gesagten das Wesen der Ménière'schen Erkrankung in einem primären Leiden der Labyrinthgebilde sehe, muss ich andererseits gleich hinzufügen, dass ich vor der Hand die Bezeichnung nicht auf die von Ménière zuerst angegebene Hämorrhagie in die Labyrinthgebilde beschränken möchte, sondern dass es meines Erachtens viel häufiger secretorische oder exsudative Processe in den betreffenden Gebilden sind, welche diese Erscheinungen veranlassen; ja dass, meiner Erfahrung gemäss, die Hämorrhagie nur ausserordentlich selten diesen Zustand erzeugt. Dass kleinere Blutextravasate in den Labyrinthgebilden vorkommen, davon habe ich mich an der Leiche nur zu oft überzeugt. Man findet in den Säckchen, in der Schnecke und in den halbkreisförmigen Gängen oft genug fertiges Pigment vor, welches aus Extravasaten entstanden ist; man findet es aber zumeist bei Individuen, die während des Lebens keine Spur von Schwindel etc. zeigten. Grössere solche Extravasate kommen auch vor, aber gewiss nur auf sehr bedeutende Insulte, wie bei Fracturen des Schädels, bei Menschen, welche in einem Raume arbeiten, wo ausserordentlich hoher Luftdruck besteht, wie ein solcher Fall vor einigen Jahren auf meiner Klinik vorkam, wo ein Arbeiter vollkommen gesund in eine Caisson bei einem Brückenbau stieg, nach wenigen Minuten mit allen Erscheinungen der Ménière'schen Affection herausgeholt wurde und trotz allem Dazuthun nach mehrmonatlichem Aufenthalt an der Klinik dieselbe ungeheilt verliess.

Ich habe früher erwähnt, dass die in Rede stehenden Erscheinungen auch durch secretorische und exsudative Processe ausgelöst werden können und Sie erlauben mir bei diesem Punkte einige Minuten stehen zu bleiben.

M. H.! Wir haben bis jetzt uns gewöhnt, unsere Aufmerksamkeit, wenn von Krankheiten der Labyrinthgebilde die Rede war, an die Hauptstücke des Labyrinthes, d. i. an Säckchen, halbkreisförmige Gänge und Schnecke zu denken. Und doch glaube ich, spielen in dieser Frage auch die Adnexen des Labyrinthes, ich meine die Wasserleitungen und ganz besonders ein Gebilde mit, dem man bis jetzt nur ein reines anatomisches oder höchstens noch ein physiologisches Interesse vindicirte, das aber gerade in dieser Frage von ausserordentlicher Bedeutung ist, und d. i. der Recessus Cotugni in der harten Hirnhaut, ein Cysternenraum, in welchen der Aquaeductus vestibuli führt.

M. H.! Ich habe mich der Mühe unterzogen, an mindestens 100 Schläfebeinen den Sacc. Cot. zu studiren und kann Ihnen sagen, dass ich da Befunde gemacht habe, die mir höchst bedeutungsvoll erscheinen. Bei Individuen von annäherungsweise demselben Alter finden wir den Saccus Cotugni von der verschiedensten Weite und Beschaffenheit. Es finden sich Schläfebeine von Erwachsenen, wo man Mühe hat, eine Höhle zu entdecken, in welche man einen Hanfkorn hineinlegen könnte, und gleich wieder eine solche, wo man eine grosse Bohne unterbringen kann. Ich besitze ein Präparat, wo der Saccus Cotugni überhaupt ganz fehlt und der Aquaeductus in einen scheinbar soliden Strang der Dura mater ausläuft. An einzelnen meiner Präparate sind die Blätter des Sackes durch vielfache Bindegewebszüge mit einander verwachsen und noch Anderes.

Digitized by Google

Auch betreff des Aquaeductus vestibuli bestehen grosse Varietäten und Anomalien und ich besitze Schläfebeine, wo die Endmündung des knöchernen Canals am macerirten Schläfebeine total fehlt, also ein mindestens normaler Abzug der Endolymphe nicht statthaben konnte.

Vergegenwärtigen wir uns diese Zustände in den Adnexen des Labyrinthes, können wir uns dann nicht ohne jeden Zwang vorstellen, dass schon durch sie allein in den häutigen Labyrinthgebilden und vorzugsweise in den Säckchen und halbkreisförmigen Gängen Folgezustände geschaffen werden können, welche die in Rede stehenden Erscheinungen hervorzurufen im Stande sind? Können wir uns nicht mit der grössten Leichtigkeit denken, dass bei mangelhaftem Abfluss der Endolymphe durch Verschluss des Aquaeductus vestibuli oder durch Verwachsung der Blätter des Sacc. Cotugni oder durch Obliteration der von Rüdinger nachgewiesenen Abzugscanälchen aus dem Saccus Cotugni eine vermehrte Ansammlung von Endolymphe stattfindet, die, wenn sie den Höhepunkt erreicht hat, vielleicht durch übermässigen Druck, vielleicht sogar durch Zerreissen der Gebilde mit gleichzeitigem Blutaustritt, diese Erscheinungen wie mit einem Schlage herbeiführt und uns das wahre Bild des Morbus Ménièrei bietet? Können wir nicht andrerseits uns auch leicht ein Verhältniss vergegenwärtigen, wo durch Zufälligkeiten, wie z. B. bei übermässigem Genuss von Spirituosen, wegen starker Congestionen gegen den Kopf etwas mehr Endolymphe ausgeschieden wird, und weil die Abzugscanäle nicht sufficient sind, ähnliche Erscheinungen zu Stande kommen? Ich könnte dieses Thema noch weiter spinnen, glaube aber, es reicht das bis jetzt Gesagte hin, Sie zu überzeugen, dass der Zustand dieser Labyrinthadnexen bei der Erzeugung jener pathologischen Zustände, die die Ménière'schen Erscheinungen hervorzubringen im Stande sind, eine grosse Rolle spielt, und dass es häufig Anomalien der Secretion sind, welche diese Erscheinungen bedingen.

Dass schwere entzündliche exsudative Processe derartige Zustände herbeiführen können, ist ja längst bekannt und es zweifelt, wie ich glaube, heute Niemand mehr daran, dass die von Voltoloni beschriebene Labyrinthitis thatsächlich vorkommt.

Nach dem Gesagten komme ich zu der Ansicht, dass wir die Bezeichnung Ménière'sche Erscheinungen gänzlich fallen lassen sollen und dass wir in Zukunft mit Morbus Ménièrei nur primär im Labyrinthe auftretende Processe bezeichnen sollten, welche die Trias Schwindel bis zur Ohnmacht und Erbrechen, subjective Hörempfindung und Schwerhörigkeit oder Taubheit zu erzeugen im Stande sind. Die mit Fieber einhergehenden Processe, also die Labyrinthitis, können wir leicht davon separiren, für die anderen Categorien, wie für die rein apoplectiforme und diejenige, welche ich als die secretorische bezeichnen möchte, könnten wir, da wir sie nicht immer am Lebenden diagnostisch zu scheiden vermögen, den Namen Morbus Ménièrei beibehalten und dort, wo wir wirklich, wie bei Verletzungen, genauer zu diagnosticiren vermögen, die Diagnose genauer präcisiren. Ich bin gewiss, man wird in nicht zu langer Zeit, wenn man nur der Sache die nöthige Aufmerksamkeit zuwenden wird, das Vorkommen der secretorischen Form des Morbus Ménière als Thatsache anerkennen und für die Prognose und Therapie hieraus Nutzen ziehen.

Digitized by Google

Aus der Prof. Habermann'schen Universitätsklinik
für Ohren-, Nasen- und Halskranke zu Graz.

Zur Pathologie der „blutenden Septumpolypen".

Von
Dr. **Carl Biehl.**

Im vergangenen Jahre kamen im Ambulatorium der hiesigen Klinik zwei Fälle von „blutenden Septumpolypen" zur Beobachtung, deren genauere Beschreibung ich der Mühe werth halte, nicht allein wegen ihrer nicht allzu grossen Häufigkeit, sondern auch, weil sie in der That histologisches und klinisches Interesse erwecken müssen. Gehören ja doch Blutgeschwülste der Nasenschleimhaut im Allgemeinen nicht zu den täglichen Erscheinungen — selbst in einem stark besuchten Ambulatorium —, um so mehr aber solche, welche ihren Sitz an der Nasenscheidewand haben. Lange in Kopenhagen erwähnt als Erster diese Geschwülste. Schadewaldt nannte sie „blutende Septumpolypen", und seither sind eine Reihe gleichartiger Fälle beobachtet, mit denen die vorliegenden eine Anzahl von Merkmalen gemein haben.

Aus der Krankengeschichte ist nun Folgendes zu erfahren:

(D. 980.) Tsch. J., 19jährige Kellnerin, besuchte am 4. Juni v. J. das hiesige Ambulatorium und giebt an, seit vergangenem Winter keine Luft durch die Nase, namentlich rechts, zu bekommen; sie bekam damals fast täglich Nasenbluten; es wiederholte sich dies durch längere Zeit, worauf sie merkte, dass ihr in der rechten Nasenhälfte langsam eine Geschwulst wachse.

Die Untersuchung ergab einen Polypen, von der rechten Septumwand ausgehend, die Nase vollständig verlegend. Am nächstfolgenden Tage wurde derselbe mit der kalten Schlinge entfernt, die Ansatzstelle mit dem Galvanocauter gebrannt; Patientin wurde geheilt entlassen.

Die nähere Untersuchung der Geschwulst (Härtung in Alcohol, Färbung mit Hämatoxylin-Eosin, Hämatoxylin-Giesson, Boraxcarmin-Picrinsäure) ergab nun Folgendes: Die Oberfläche der Geschwulst deckt, mit Ausnahme der Ansatzstelle, theils Cylinder-, theils typisch angeordnetes Plattenepithel. Letzteres entspricht hauptsächlich den dem Naseneingang nahegelegenen Partieen, da diese dort leicht Reizen mechanischer und traumatischer Natur ausgesetzt sind, eine Epithelmetaplasie also leichter möglich ist. Das Gerüst des Tumors besteht aus einem lockeren Bindegewebe, das an der Basis aus zarten Fibrillen, ähnlich dem der gewöhnlichen Schleimpolypen zusammengesetzt erscheint; in diese sind eingelagert spärliche, theils rundliche, theils mehr gestreckte Zellen. Stellenweise sind diese Bündel dichter aneinandergereiht, zellärmer und schieben sich scheidewandartig in's Innere vor. Eingeschlossen von dieser förmlichen Capsel, aber auch unabhängig von ihr sieht man eine grosse Zahl theils kleiner, theils grösserer, meist unregelmässig gestalteter Hohlräume, welche fast die ganze Geschwulst einnehmen und sich sowohl als Venen, als auch als Arterien kennzeichnen. Um diese herum sieht man eine starke Infiltration von Rundzellen. An den Arterien tritt ausser der Erweiterung auch eine colossale Verdickung der Wandung hervor, die sich sowohl in einer Dickenzunahme der Media, als auch, und beinahe vornehmlich, in

Digitized by Google

einer Wucherung der Intima äussert. Letztere ist stellenweise so weit gediehen, dass förmliche Endothelzapfen in's Lumen der Gefässe ragen, welche auf manchen Schnitten so getroffen sind, dass sie als im Gefässraum freiliegende Körper imponiren, welche aus zwiebelschaalenartig angeordneten Endothelzellen bestehen. Dass es wirklich gewucherte Endothelien sind, steht ausser Frage.

Der zweite Fall betraf eine 47 Jahre alte Frau Z. M. (D. 1986), welche am 24. November das Ambulatorium besuchte. Dieselbe klagte über seit 6 Wochen sich stets häufiger wiederholendes und heftigeres Nasenbluten aus der rechten Nase, weshalb sie sogar öfter des Nachts ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen musste; wieso diese heftigen Blutungen zu Stande kämen, weiss sie nicht anzugeben; als dieselben trotz oftmaliger Tamponade nicht aufhörten, suchte sie das hiesige Ambulatorium auf.

Die Untersuchung ergab: Rechts an der Nasenscheidewand ein kirschengrosser, leicht blutender Tumor von fleischiger Beschaffenheit. Derselbe berührt die untere und zum Theil die mittlere Muschel. Am nächstfolgenden Tage Entfernung derselben mit der galvanocaustischen Schlinge, worauf eine mässige Blutung erfolgte; Jodoformgazetampon. Tags darauf wurde dieselbe entfernt und die Frau, da keine Blutung mehr eintrat und die Wunde schön aussah, geheilt entlassen.

Die microscopische Untersuchung der Geschwulst (Fixirung in Sublimat, Färbung wie früher) ergiebt nun Folgendes: Soweit Epithel vorhanden ist, kennzeichnet sich dasselbe als typisches Plattenepithel; dass das Oberflächenepithel nicht mehr vollständig erhalten ist, hat sicherlich darin seinen Grund, dass eine Tamponade, soll sie ihren Zweck erreichen, kein gerade zarter Eingriff ist. Die subepitheliale Zone ist deutlich kleinzellig infiltrirt, an einzelnen Stellen derart und in so gleichmässiger Weise, dass bei schwacher Vergrösserung das zarte bindegewebige Stroma nicht zu erkennen ist. Letzteres ist überhaupt äusserst spärlich vertreten, und sind die einzelnen zarten Fibrillen noch durch reichliche Blutungen zwischen dieselben auseinander gedrängt. Der Hauptmasse nach besteht die ganze Geschwulst nur aus theils kleineren, theils grösseren, vielfach unregelmässig gestalteten Hohlräumen, welche meist Capillar- oder Venencharacter tragen. Auch hier sieht man wiederum an einzelnen Stellen, und zwar meist im Centrum, eine beträchtliche Wucherung der Endothelien, welche an einzelnen Partieen so weit gediehen ist, dass daselbst das Gewebe derber, consolidirter erscheint; hier und da erscheinen sie zellig infiltrirt. Sowohl die Bluträume selbst sind strotzend mit Blut gefüllt, als auch solches in's Gewebe selbst ausgetreten erscheint; dass letzteres nicht allein Folge der Operation ist, zeigen deutliche hyaline Schollen.

Die pathologisch-anatomische Diagnose beider Geschwülste lautet also: Angioma cavernosum verum. Einen Unterschied zwischen beiden könnte man sich insofern erlauben und die erstere als ein Angioma cavernosum circumscriptum s. incapsulatum, letztere als ein A. c. diffus. bezeichnen, als bei jener einzelne Theile der Geschwulst, in denen Gefässanhäufungen zu treffen, streng abgegrenzt sind gegen die Nachbarschaft durch eine besondere Kapsel, bestehend aus neugebildetem Bindegewebe. Je nachdem nun die Kapsel jünger oder älter ist, hat auch das Binde-

Digitized by Google

gewebe eine verschiedene Dicke und Zusammensetzung. In jüngeren Lagen findet man zahlreiche Kernzellen, die bald klein und rund, bald spindel- und netzförmig sind; in älteren sind die Zellen seltener, die Zwischensubstanz derber. Beiden Geschwülsten ist eine colossale Wucherung des Endothels eigen, ein Vorkommniss, welches sonst sehr schön und häufig bei den Leberangiomen zu finden ist; hier geht dieselbe manchmal so weit, dass die ganze Gefässgeschwulst förmlich consolidirt.

In klinischer Beziehung bilden die Hauptbeschwerden der Kranken die starken, manchmal sogar beängstigenden Blutungen, die sich in kurzen Zwischenräumen wiederholen; dazu kommt noch hier und da die Klage über „Verstopftsein" der Nase.

Ueber die Dauer des Leidens befragt, wird die Angabe gemacht, dass es erst einige Wochen, selten einige Monate bestehe, woraus also zu schliessen ist, dass das Wachsthum der Geschwulst ein äusserst rasches, explosives (Schadewaldt) zu nennen wäre. Möglicher Weise, dass als Anfangsstadium jenes zu bezeichnen ist, wo bei habituellem Nasenbluten der klinische Befund ein erweitertes Gefäss oder eine ausgedehnte, leicht blutende Auflockerung der Schleimhaut, manchmal sogar schon eine winzige Geschwulst, entweder breitbasig aufsitzend, nicht selten aber kurz gestielt, aufweist, worauf ebenfalls schon Schadewaldt seine Aufmerksamkeit richtete. In solchen Fällen handelt es sich aber noch nicht um eine Neubildung, sondern blos um eine Erweiterung und vermehrte Schlängelung bereits vorhandener Gefässe, weshalb hier auch eine zeitweise vorübergehende Abschwellung wieder möglich ist. Bei ihrer grossen Zartheit im Bau einerseits, der jeglichen Insulten ausgesetzten Lage am vorderen Ende des Septums nahe am Naseneingang andererseits ist es nur zu leicht erklärlich, dass diese Gebilde, da sie beim jedesmaligen Reinigen der Nase oder gar Fingerbohren und dergl. heftig bluten, durch diese fortwährend ausgeübten Reize nicht zur Ruhe kommen, sondern im Gegentheile rasch an Grösse zunehmen. Hopmann bezeichnet derartige Tumoren als „teleangiectatisch". Schwager sagt darüber: „Immerhin besteht zwischen beiden Arten eine nahe Verwandtschaft, die man vielleicht am besten dahin deutet, dass die teleangiectatischen Tumoren lediglich Uebergangsformen zum cavernösen Angiom darstellen."

Wie in den meisten bekannten Fällen, so waren auch hier die Trägerinnen der Geschwulst Weiber in den mittleren Lebensjahren, bei denen die Menses noch nicht sistirten. Sollten es vicariirende Menstruationserscheinungen sein, worauf schon B. Fränkel vor Jahren verwiesen hat?

Beide Male war der Sitz der Geschwulst, abweichend von der Regel, an der rechten Seite des Septums, und zwar knapp am Naseneingang.

Was schliesslich den erforderlichen operativen Eingriff anbelangt, so wurde die Geschwulst in dem ersteren Falle mit der kalten Schlinge entfernt, die Ansatzstelle mit dem Galvanocauter gebrannt; im zweiten Falle kam gleich die Glühschlinge in Anwendung. Beide Male war der Eingriff von Erfolg; die Blutung war so gering, dass die Patientinnen, nachdem vorsichtshalber die Nase tamponirt wurde, ruhig nach Hause gehen konnten. Trotzdem wäre für die Zukunft vielleicht gleich die Glühschlinge vorzuziehen.

Digitized by Google

Wenn man nun die bisher veröffentlichten Fälle sammt vorliegenden zwei Geschwülsten mit einander vergleicht, so muss man zugeben, dass sie wohl alle den Namen „blutende Septumpolypen“ als klinische Bezeichnung vollauf verdienen, in microscopischer Hinsicht jedoch sehr von einander zu trennen sind.

Schadewaldt hat diesen Namen eingeführt und betont dabei ausdrücklich, dass es sich um eine typische Erkrankung auf dem Gebiete der Rhinologie handelt. „Ich glaube, wer nur ein Mal als Rhinologe einen derartigen Fall beobachtet und behandelt hat, wird sich bei dieser Bezeichnung sofort desselben entsinnen. Wer zweimal einen solchen Fall in seiner Praxis gehabt hat, dem wird auch wohl schon selber die Gleichartigkeit beider Fälle aufgefallen sein.“ Die klinischen Erscheinungen rechtfertigen den Namen durchaus, nicht so das microscopische Bild, worauf auch schon Alexander aufmerksam macht. Seinem Schlusssatze: „Wir sollten daher diese Bildungen nur nach ihrem microscopischen Bau benennen und somit auch auf diesem Gebiete die Virchow'sche Forderung erfüllen“ kann man daher nur vollinhaltlich beistimmen.

Literatur.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste.

Ziegler: Lehrbuch der pathol. Anatomie, I. Th.

Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege.

Burckhardt, H., Internat. Centralbl. f. Laryngologie III, pag. 372.

Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 4. Auflage.

Mackenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase, übersetzt von Dr. Felix Semon.

Hopmann: Wiener med. Presse 1883.

Schwager: Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut. Archiv für Laryngol. und Rhinologie von Fränkl. Bd. I.

Voltolini: Die Krankheiten der Nase und des Nasenracheuraumes.

Lange: Wiener med. Presse No. 52, 1892.

Schadewaldt: Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngol. und Rhinologie von Fränkl. Bd. I, 1894.

Alexander: Bemerkungen zur Anatomie der blutenden Schleimpolypen. Ibidem.

Scheier: Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand. Ibidem.

Heymann: Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand. Ibidem.

Natier, Policlinique de Paris. Revue internat. de Rhinologie, Otologie und Laryngologie. 4e Année No. 21.

Seifert-Kahn: Atlas der Histopathologie der Nase, Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes.

Digitized by Google

Ueber Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica.

Von

Dr. **Krebs**, Hildesheim.

Während in den statistischen Berichten fast aller Halsambulatorien die „trockene oder atrophische" Pharyngitis und Laryngitis einen grossen Platz einnimmt, habe ich selbst nie Veranlassung gehabt, diese Diagnose zu stellen. Wohl aber habe ich eine Reihe von Patienten beobachtet, welche von anderer Seite, und zwar von meist namhaften Specialisten, an dieser Krankheit behandelt worden waren, und bei welchen ich mich überzeugen konnte, dass in Wirklichkeit andere Affectionen vorlagen.

Ich lasse zunächst zwölf solche Krankengeschichten folgen, welche ich im letzten Jahre notirt habe, und bespreche im Anschluss daran die Anschauungen, welche ich über die Existenz resp. Nicht-Existenz der Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica gewonnen habe.

Krankengeschichte I. Frl. E., 26 Jahre alt, aufgenommen den 10. Novbr. 1893, leidet seit 13 Jahren angeblich in Folge von Diphtherie an Verschleimung und Trockenheitsgefühl im Halse, Heiserkeit, Schnupfen und üblem Geruch aus der Nase. Wurde von mehreren Seiten an Ozaena, trockener Rachen- und Kehlkopfsentzündung, Verdacht auf Kehlkopfsschwindsucht mit Pinseln, Bädern und klimatischen Kuren behandelt. Befund: mässige Atrophie der unteren Nasenmuscheln, beide Nasenhöhlen mit gelbgrünem, stinkendem Eiter ausgekleidet. Derselbe ist zum Theil zu Borken eingetrocknet, zum Theil zäh flüssig. Der Eiter befindet sich an beiden Seiten der mittleren Muscheln und in dem unteren Nasengang. Oberzähne bis auf die Molares beiderseits fehlend; die cariösen Wurzeln der Prämolares stecken noch in den Alveolen. Im Nasenrachenraum viele Borken; der orale Theil der Rachenschleimhaut glänzend, wie lackirt, anscheinend dünn, geröthet. Kehlkopf von zierlichem Bau, mässig injicirt, unterhalb der Glottis graugrüne Borken.

Anfangs stellte ich die Diagnose auf Ozaena nasi mit theilweisem Abfluss des Eiters nach Rachen und Kehlkopf. Die geringe Atrophie der Nase jedoch und die Beschaffenheit der Oberzähne legten, trotzdem manche Symptome dagegen sprachen (Eiter zu beiden Seiten der mittleren Muscheln, Fehlen eines Granulationspolsters am Sinus semilunaris), den Gedanken an ein Empyem der Oberkieferhöhle nahe. Ich bohrte zunächst den rechten Oberkiefer an (vom unteren Nasengang mit dem Krause'schen Troicart) und entleerte beim Durchspülen eine grosse Menge käsigen, derart stinkenden Eiters, dass die assistirende Krankenschwester ohnmächtig wurde. Acht Tage darauf eröffnete ich die andere Kieferhöhle und auch hier wurde derselbe Eiter angetroffen. In die Oeffnungen wurden Celluloidröhrchen gelegt und durch dieselben die Kiefernhöhlen mit Borsäurelösungen ausgespült. Verschiedene Zufälle mit der Canüle veranlassten mich, von der Alveole der letzten Prämolares (die cariösen Wurzeln waren vorher sämmtlich extrahirt) beiderseits neue Oeffnungen anzulegen und in dieselben silberne Canülen einzuführen.

Zur Zeit ist die Eiterung im Oberkiefer noch nicht völlig versiegt — es lassen sich täglich zwei bis drei Flocken herausspritzen -, aber die

Digitized by Google

Beschwerden der Patientin sind vollständig gehoben. Der üble Geruch verschwand sofort, nach einigen Tagen auch das Gefühl der Trockenheit im Halse, das lackirte Aussehen der Rachenschleimhaut und die Borken im Kehlkopf. Diese Erscheinungen waren also nur dadurch hervorgerufen, dass der Eiter von der Kieferhöhle nach der Nase und von dort nach dem Halse geflossen war. Auf der Rachenschleimhaut hatte er sich gleichmässig vertheilt und dadurch das „lackirte" Aussehen bewirkt. Im Kehlkopf war er zu Borken eingetrocknet.

Diese objectiven und subjectiven Halserscheinungen fand ich bei den meisten Fällen von Kieferhöhlen-Empyemen, und wenn dabei vorher anderweitig das Grundleiden übersehen worden war, so war naturgemäss die Diagnose „Pharyngitis sicca" gestellt worden. So geschah es bei

Krankengeschichte II. Ingenieur L. aus Berlin, 37 Jahre alt, aufgenommen 18. Juli 1893, klagt seit Monaten über Heiserkeit, Räuspern und Trockenheit im Halse. Die Erscheinungen lassen zeitweise nach, kehren aber immer wieder. Wurde von sehr schätzenswerther Seite an chronischem Catarrh des Rachens und Kehlkopfs mit Pinselungen behandelt, anderweitig an Laryngitis sicca, wollte, da er von Berlin beruflich hierher versetzt war, die Behandlung von mir fortgesetzt haben. Befund: leichte Röthung des Rachens von dem vorderen Gaumenbogen an; in der Mitte der hinteren Rachenwand zieht sich ein glänzender, firnissähnlicher Streifen herunter. Stimmbänder grauroth verfärbt, bewegen sich normal. Ich setzte zunächst ein paar Tage die Pinselungen mit Mandl'scher Lösung fort; als ich nach einigen Tagen die Nasenhöhle besichtigte, was ich hier ausnahmsweise im Vertrauen auf die vorherige anderweitige Untersuchung unterlassen hatte, bot sich folgender überraschender Befund: links: normal; rechts: grünlich-gelber, nicht riechender Eiter in der ganzen Nasenhöhle, nach dem Ausspritzen desselben sieht man sofort unterhalb der mittleren Muschel neuen Eiter hervorquellen. Die laterale Nasenwand unterhalb derselben teigartig hypertrophisch, mit der Sonde etwas verschiebbar, von blaurother Farbe. Dieselben Granulationspolster sieht man an der lateralen Wand der mittleren Muschel. Zähne beiderseits gesund. Diagnose: Empyem einer rechten Nasennebenhöhle, wahrscheinlich der Kieferhöhle. Ich schlug dem Patienten eine Probeeröffnung derselben vor, welche er aus Berufsgründen verschoben wünschte; für die Zwischenzeit verordnete ich Durchspülungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit Borsäurelösungen und untersagte das Herunterziehen des Nasensecrets nach dem Halse. Die Pinselungen wurden natürlich abgebrochen. Unter dieser Therapie fühlte Patient solche Erleichterung, dass er die Operation immer weiter aufschob, bis er schliesslich die Stadt verlassen musste.

Krankengeschichte III. M. G., Spinnerin, 23 Jahre, aufgenommen November 1893. Leidet seit $3^1/_2$ Jahren, vielleicht aber noch länger, an Schnupfen, welcher zeitweise übel roch. Sie merkte, dass der Nasenschleim häufig nach dem Halse floss und daselbst Kratzen und Trockenheit erzeugte. Schwerhörigkeit beiderseits. War bisher an Ozaena und trockenem Rachencatarrh ohne Erfolg behandelt. Befund: chlorotisches, schlecht genährtes Mädchen; Nase beiderseits mit grünlichen Borken ausgekleidet, sonst links normal, rechts untere Muschel atrophisch, mittlere in ihrer gesammten Ausdehnung mit graugelblichen und blauröthlichen,

Digitized by Google

schmal und breit aufsitzenden, polypösen Wucherungen bedeckt. Zwischen diesen gelangte ich mit der Sonde auf rauhe Knochenstellen. Pharynxschleimhaut dünn, glänzend, wie lackirt; Ohrbefund, links: Trommelfell stark einwärts gezogen und getrübt; rechts: stecknadelknopfgrosse Granulation in der perforirten Membrana Srapnelli, kein Eiter; Catheterismus beiderseits wegen Tubenenge nicht ausführbar. Nur bei der ersten Consultation zeigte sich der Eiter in beiden Nasenhöhlen; als er von mir durch gründliches Ausspritzen entfernt war, bildete er sich späterhin nur in der rechten wieder. Er war also durch den Nasenrachenraum von der rechten Nasenhöhle in die linke hineingeflossen. Diagnose: Empyem der rechten Siebbeinzellen mit Caries der mittleren Muschel. Die vorgeschlagene Resection der mittleren Muschel und Auskratzung der Siebbeinzellen wurde abgelehnt. Ich verordnete Nasendouchen dreimal täglich und untersagte das Nachhintenziehen des Eiters. Unter dieser Behandlung schwand die Trockenheit und der Glanz des Pharynx, ebenso die Tubenschwellung, so dass späterhin der Catheterismus normales Blasegeräusch ergab.

Krankengeschichte IV. P., Milchfuhrmann, 30 J., 15. März 1894, leidet seit 10 Jahren an Heiserkeit, Trockenheitsgefühl im Halse und Drang zum Räuspern; bisher ohne Erfolg an trockenem Rachencatarrh mit Pinselungen behandelt. Befund: Nase beiderseits mit reichlichem gelben Schleim gefüllt; Schleimhaut geröthet, Rachenschleimhaut zeigt zahlreiche hypertrophische vertikale Wülste, deren rosenkranzähnliche Form ihre Entstehung aus conglomerirten Granulis wahrscheinlich macht, stark geröthet, glänzend, wie lackirt. Kehlkopf ebenfalls geröthet, Stimmbänder sammetartig geschwollen, mit glänzendem Firniss. Patient zeigt die Gewohnheit, den Schleim von der Nase nach dem Halse zu ziehen. Nasenathmung ungehindert. Diagnose: chronischer Catarrh der Nase mit Herabfliessen des Secrets in den Hals. Secundärer Rachen- und Kehlkopfcatarrh. Therapie: das Herunterziehen des Schleimes wird untersagt, Nasenspülung mit Emser Wasser 2 Mal täglich; jeden zweiten Tag Pinselung des Rachens und Kehlkopfs mit 2—5procentiger Höllensteinlösung. Heilung binnen drei Wochen; bis heute constatirt.

Krankengeschichte V. Kaufmann Bl. aus Alfeld, 23 Jahre, aufgenommen 15. Juli 1893, leidet seit Jahren an Heiserkeit, Trockenheit und Verschleimung im Halse; wurde mehrfach vergeblich mit Jod- und Höllensteinpinselungen an „trockenem Rachencatarrh" behandelt. Befund: Nase etwas hyperämisch; wenig grüngelber Schleim an verschiedenen Stellen. Im Nasenrachenraum viel Schleim. Der orale Rachentheil geröthet, zum Theil hypertrophisch, firnissartig glänzend, in der Mitte eine gelbgrüne Schleiminsel; Stimmbänder stark geröthet, mit abgerundeten Rändern. Es besteht die Gewohnheit, etwa alle Minute den Nasenschleim nach dem Halse zu ziehen. Dieses wird untersagt und Nasendouche verordnet. Patient, welcher sich keiner längeren Cur unterziehen konnte, theilte mir brieflich mit, dass es ihm gut gehe.

Krankengeschichte VI. E., Barbier, 32 Jahre, aufgenommen im Juli 1893, leidet seit mehreren Jahren an behinderter Nasenathmung, Trockenheit und Kratzen im Halse; die Trockenheit war besonders des Morgens lästig, nachdem er des Nachts mit offenem Munde geschlafen hatte. War wegen „trockener Kehlkopf- und Rachenentzündung" ohne

Digitized by Google

Erfolg behandelt worden. Befund: Nase: links kleine Crista septi, cavernöse Hypertrophie an der unteren Muschel, durch die Crista in zwei übereinanderliegende Theile getheilt; rechts wird der ganze Naseneingang durch die vergrösserten Schwellkörper der unteren Muschel verlegt. Nach Cocainisirung sieht man beiderseits genau symmetrisch am Nasenboden, in der Mitte zwischen vorderer und hinterer Oeffnung, eine vertical etwa 3 Ctm. sich erhebende Schleimhautwucherung von Kegelform mit abgerundeter Spitze, blassgelb, von weicher Consistenz. Halsbefund wie in V. Die Schleimhautwucherungen*) werden beiderseits mit der kalten Schlinge abgetragen, und dann die Schwellungen der unteren Muscheln galvanocaustisch zerstört. Patient wird angewiesen, durch die Nase zu athmen und den Nasenschleim nicht mehr nach hinten zu ziehen. Nachdem die Nasenathmung hergestellt war, waren die Beschwerden im Halse soweit geschwunden, dass eine locale Behandlung desselben sich erübrigte.

Krankengeschichte VII. L., Domänenpächter, 34 Jahre, aufgenommen December 1893, leidet seit Jahren an Trockenheit, Kratzen im Halse, Drang zum Räuspern; behinderte Nasenathmung; die Trockenheit am stärksten des Morgens. Wegen trockener Pharyngitis ohne Erfolg behandelt. Befund: in der Nase beiderseits Schwellungen der unteren Muscheln; im Halse lebhafte Injectionen der Pharynxgefässe, sonst nichts Abnormes. Durch galvanocaustische Zerstörungen der unteren Muschelschwellungen ohne Halsbehandlung geheilt.

Krankengeschichte VIII. L., Wegebautenaufseher, 36 Jahre, aufgenommen Septbr. 1893. Befund, Behandlung und Verlauf wie VII.

Krankengeschichte IX. D. L., Kaufmann, 62 Jahre, aufgenommen 26. Novbr. 1893, giebt an, seit vielen Jahren am Halse zu leiden und verschiedentlich Pinsel- und Badekuren gebraucht zu haben. Einige seiner Aerzte hätten sein Leiden trockenen Kehlkopf- und Rachencatarrh genannt. Fast jeden Winter bekomme er einen Anfall von Heiserkeit, welcher etwa zwei bis drei Wochen dauere. Auch in der Zwischenzeit sei die Stimme nicht ganz klar. Trockenheitsgefühl, besonders des Morgens. Des Nachts schlafe er gewohnheitsgemäss mit offenem Munde; Nasenathmung nicht behindert. Befund: Nase normal. Pharynx etwas atrophisch, leichte Injection. Im Larynx typische pachydermische Verdickung am linken Processus vocalis; entsprechende Nische rechts. Diagnose: Pachydermia laryngis Das Trockenheitsgefühl bezog ich auf die mechanische Austrocknung des Halses in Folge der nächtlichen Mundathmung; verordnete, dass Patient sich des Nachts den Mund verbinde und Nasendouchen mit Emser Salz. Dadurch wurde das lästige Trockenheitsgefühl in zwei Tagen beseitigt; es kehrte nach einigen Wochen wieder, als Patient die Binde und Nasendouche fortliess, und schwand nach Erneuerung derselben. Die durch die Pachydermie bedingte Heiserkeit besteht natürlich fort.

Krankengeschichte X. X. Y., 29 Jahre, aufgenommen 1. Juli 1893, Viehhändler, leidet seit einigen Wochen an Trockenheit des Halses und Verschleimung; wurde von anderer Seite an trockenem Rachencatarrh

*) Die microscopische Untersuchung ergiebt den Bau eines Schleimpolypen, nämlich mehrschichtiges flimmerndes Cylinderepithel, reticuläres, mit mucinhaltigem Saft durchtränktes Bindegewebe, vereinzelte granulirte Zellen.

Digitized by Google

behandelt. Vor drei Jahren luetische Infection. Befund: Nase normal; postrhinoscopisch sieht man eine 2 Ctm. lange, ovale, dunkelrothe Infiltration der hinteren Rachenwand dicht neben dem rechten Arcus pharyngo-palatinus, in der Mitte ein kraterförmiges Geschwür, mit Eiter bedeckt (Gumma). Die ganze Rachenschleimhaut stark geröthet, glänzend, wie lackirt. Unter Schmierkur und Jodkali heilte das Gumma langsam ab, mit ihm schwand auch das „lackirte" Aussehen und die Trockenheit des Halses.

Krankengeschichte XI. Frau X. Y., 56 Jahre, Rechtsanwaltsgattin, aufgenommen Mai 1893 wegen beiderseitigem Catarrhus tympanicus mit Exsudation. Im Rachen Perforation des weichen Gaumens, stecknadelknopfgross. Auf Befragen giebt Patientin an, im Jahre 1871 oder 1872 eine „Knochenbautentzündung" am weichen Gaumen gehabt zu haben, welche mit Schmiercur und Jodkali behandelt worden war. Zeitweise entleert sich, nachdem einige Tage vorher unangenehme Sensationen im Rachen vorausgegangen sind, unter starkem Würgen und Räuspern eine schalenartige Kruste, wonach die Sensationen schwinden. Man hatte ihr gesagt, dass dies Leiden eine trockene Rachenentzündung sei. Es lässt sich feststellen, dass die Kruste sich am nasalen Eingang der Gaumenperforation bildet, wahrscheinlich dadurch, dass sich daselbst etwas von dem sehr reichlichen Schleim des Nasenrachenraums festsetzt und eintrocknet.

Krankengeschichte XII. Frl. G., 24 Jahre, Lehrerin, 27. November 1893. Gedrungen gebautes Mädchen mit mässigem Fettpolster und guter Gesichtsfarbe, leidet seit vielen Jahren an Verstopftheit der Nase, Trockenheit, Verschleimung im Halse; aus demselben komme zeitweise ein knarrendes Geräusch; die Nase sei mehrfach gebrannt, der Hals gepinselt worden. Als Diagnose sei ihr trockener Rachencatarrh mitgetheilt. Befund: Nase: die unteren Muscheln sind (wahrscheinlich in Folge der Galvanocaustik) uneben gewellt; am hinteren Ende beiderseits haselnussgrosse, glatte, gelbliche Schwellungen. (Polypöse Hypertrophie.) Im Halse Anämie und leichte Atrophie, starke Injection einzelner Gefässe am weichen Gaumen und an der hinteren Rachenwand, letztere zum Theil mit zähem Schleim bedeckt. Die polypösen Hypertrophien in der Nase wurden mit der kalten Schlinge entfernt und dadurch die Nasenathmung wiederhergestellt; die Trockenheit und das knarrende Geräusch im Halse blieben bestehen. Deren Grund konnte ich erst feststellen, als ich die Lunge untersuchte: Infiltration der linken Lungenspitze, reichliche Tuberkelbacillen im Auswurf. Patientin suchte die Heilanstalt Hohenhonnef auf, woselbst innerhalb fünf Monaten beträchtlicher Rückgang der Lungen-Infiltration und Hebung des Körpergewichtes um 12 Pfund erzielt wurde. Auch die Halserscheinungen gingen dort zurück.

Diese zwölf Krankengeschichten haben das Gemeinsame, dass von anderer, und zwar meist namhafter Seite die Diagnose „trockener Rachen- oder Kehlkopfcatarrh" gestellt worden war, während von mir wohl die betreffenden Befunde im Halse gesehen werden konnten, ausserdem aber eine anderweitige, die Ursache derselben bildende Erkrankung aufgedeckt wurde; und zwar bestanden in drei Fällen Eiterungen in Nasennebenhöhlen, in zwei Fällen chronische Rhinitis catarrhalis mit Herunterziehen der Secrete nach dem Halse, in drei Fällen cavernöse Hypertrophie der

Digitized by Google

unteren Muscheln (einmal complicirt mit polypösen Wucherungen am Nasenboden), in einem Falle habituelle Mundathmung ohne Nasen-Erkrankung, in zwei Fällen Lues des Pharynx, in einem Falle Lungentuberculose.

Diese Erfahrungen, sowie die Eingangs erwähnte Thatsache, dass ich selbst niemals Ursache hatte, „trockene oder atrophische Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis)" zu diagnosticiren, machten mich in dem Glauben an die Existenz einer solchen sehr wankend. Dazu kommt noch der bedenkliche Umstand, dass von den vielen Autoren, welche über diese Affectionen geschrieben haben, kaum zwei derselben Ansicht sind. Wenn auch fast alle eine Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) annehmen, so entwirft doch fast jeder von ihnen ein verschiedenes anatomisches oder klinisches Bild des Leidens.

Als erster beschrieb die Pharyngitis sicca G. Lewin[1]) im Jahre 1863: „Bei dieser sieht man die Schleimhaut der hinteren Rachenwand wie eine straffgespannte, trocken glänzende, hochgeröthete dünne Membran, aus der einzelne geschwellte Drüsenöffnungen hervorragen. Ich glaube, dass diese Trockenheit durch die Aufhebung oder Beschränkung der Schleimsecretion in den verstopften acinösen Schleimdrüsen bewirkt wird; indem dann diese nicht hinreichend durchfeuchtete Schleimhaut in dauernden Contact mit der inspirirten atmosphärischen Luft kommt, kann sich hier eine Art trockenen Epithels bilden, wie beim Prolapsus der Vagina und des Rectums, wo sich wirkliche Epidermis durch Umwandlung der weichen Epithelszellen in hornige Epidermis bildet." Therapeutisch werden Pinselungen mit Jodtinctur und Inhalationen mit umstimmenden Mitteln lebhaft empfohlen.

Andere Autoren legen das Hauptgewicht auf die Dünne der Schleimhaut und nennen die Affectionen „atrophischer oder atrophirender, rareficirender, trockener Catarrh". Wendt[2]) erwähnt die Krankheit an zwei Stellen seines Buches, 1) beim chronischen Nasen- und Nasenrachencatarrh, dessen Schluss sie häufig darstelle, 2) als selbstständiges Krankheitsbild: „Rareficirender, trockener Catarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens (Atrophie)." „Häufig, meist im vorgerückten Alter, doch auch bei jugendlichen Individuen, oft bei Decrepiden, durch erschöpfende Krankheit herabgekommen, aber auch oft bei vollkommen Gesunden gewinnt die bis dahin normal oder chronisch erkrankte Auskleidung der Höhle ein Verhalten, welches auf verminderte Ernährung hinweist. Sie ist beträchtlich dünner, blasser, dabei meist trocken." Oft sei gleichzeitig Atrophie der Nase vorhanden. Im Rachen betreffe die Atrophie die gesammte Höhle oder einzelne Theile. „An der hinteren Rachenwand erscheint die atrophische Schleimhaut blassröthlich bis blassgelb, meist glänzend, wie lackirt, glatt, gespannt, trocken. Pharyngitis sicca." Die Constrictoren schimmern manchmal ganz deutlich durch. Granula fehlen meist.

Ein ähnliches Bild entwirft Trautmann[3]) unter „Atrophischer Nasen-Rachencatarrh". Derselbe sei von Ozaena zu unterscheiden, finde sich nur bei alten, abgemagerten Leuten und bei Personen, die viel sprechen müssen. Sein Merkmal sei Weite des Nasenrachenraumes und der Choanen. Die hintere Pharynxwand trocken glänzend; Durchscheinen der Muskulatur. Secretion unbedeutend. „Zuweilen, durchaus nicht immer, trocknet das

Digitized by Google

Secret in dünnen, bräunlichen Lagen an der hinteren Nasenwand an; es stinkt aber nicht.“ Als subjectives Symptom sei besonders Trockenheitsgefühl im Rachen zu nennen. Aber auch beim gewöhnlichen, chronischen Nasen-Rachencatarrh kann nach Trautmann das Secret durch Eintrocknung an der hinteren Pharynxwand lederartige, fest anhaftende, braune Krusten bilden, die sich schwer entfernen lassen. Personen, die an Lues gelitten, scheinen dazu zu disponiren.

B. Fränkel[4]) unterscheidet eine hypertrophische und eine atrophische Form des chronischen Rachencatarrhs. Die Schleimhaut sei bei letzterer mehr dickflüssig anhaftend, manchmal auch Borken. Uebergänge seien gerade nicht selten, und es gäbe ab und zu Mittelformen, die sich schwer in eine dieser beiden Categorien bringen liessen. Bei der atrophischen Form finde man häufig Granula.

Nach Zarnikow[5]) kommt Atrophie des Nasenrachenraumes zu Stande: 1) als Folge eines langwierigen Retronasalcatarrhs, besonders bei Maceration durch abfliessende Nasennebenhöhlensecrete, 2) bei Ozaena des Nasenrachenraums, die bei der Ozaena der Nase angetroffen wird.

Nach Thornwaldt[6]) ist die Atrophie häufig eine Folge von Eiterungen der Bursa pharyngea. Ebendieselbe könne auch die Bildungsstätte von trockenen, austernschaalenartigen Borken abgeben, welche die Patienten manchmal nach tagelangem Würgen aus dem Halse heraus befördern. Thornwaldt's Behauptungen haben bekanntlich Anlass zu einer sehr lebhaften Discussion gegeben; sie haben bei den Einen begeisterte Anerkennung gefunden, sie sind von den Anderen angezweifelt und eingeschränkt, von Manchen energisch zurückgewiesen worden[7–17]).

M. Schmidt[18]) meint, dass man zwei Arten von Rhinopharyngitis sicca unterscheiden könnte. Die eine sei die Fortsetzung der in der Nase vorhandenen Rhinitis sicca nach hinten; die andere Art sei die Thornwaldt'sche Krankheit. Bei ersterer zeige sich auf der Pars oralis eingetrockneter Schleim in der ganzen Breite; er bilde meist eine dünne Kruste, welche der Schleimhaut das Aussehen der Atrophie gebe; entferne man aber die dünne Kruste, so komme darunter die normale oder verdickte Schleimhaut zum Vorschein. Wirkliche Atrophie gehöre, ausser im höheren Alter, zu den grössten Seltenheiten.

Nach Schech[19]) ist die Pharyngitis chronica atrophica sive sicca wahrscheinlich stets eine Folge des hypertrophischen Catarrhs. „Ganz besonders muss betont werden, dass neben bereits atrophischen Stellen sehr häufig hypertrophische sich vorfinden.“ Am constantesten befallen sei der Nasenrachenraum und die Pars oralis, selten Pars laryngea und Larynx. Die Schleimhaut sei dünn, glänzend, von purpurrother Farbe, die Rachenhöhle in Folge der Atrophie erweitert. Das Vorhandensein von Granulis sei irrelevant, dieselben kämen fast bei jedem erwachsenen Menschen vor. Das meist spärliche Secret überziehe wie eine Tapete die Schleimhaut und verleihe ihr einen firnissartigen Glanz. Constant sei das subjective Gefühl der Trockenheit. Ausserdem komme Atrophie sämmtlicher Rachengebilde vor im Gefolge von acuten oder chronischen Entzündungen, bei Tuberculösen, sowie im Greisenalter.

Ein wohl abgerundetes und scharf gezeichnetes Bild der Krankheit entwirft Jurasz[20]). „Das characteristische, objective Symptom dieser Form des chronischen Rachencatarrhs bildet eine auffallende Trockenheit

Digitized by Google

der Rachenschleimhaut. Die letztere sieht aus, als wenn sie mit einem grauen, mattglänzenden Firniss, mit einem Colodiumhäutchen oder mit einer dünnen Schicht von weissem Wachs überzogen wäre. In wenig ausgesprochenen Fällen ist der trockene Glanz nur schwach angedeutet.“ Die Veränderungen finden sich am häufigsten auf dem oralen Abschnitte der hinteren Rachenwand und meist auch des Nasenrachenraumes vor, niemals in der Tiefe des Kehlkopfrachenraumes; auf den Gaumenbögen und am Gaumensegel nur ausnahmsweise und in geringem Grade in Fällen, in denen der Process in exquisiter Weise die hintere Wand ergriffen hätte. Der Ueberzug sei eine gleichmässig dünne Schicht eines zähen, klebrigen Schleims. Nach deren Entfernung trete die Rachenschleimhaut in verschiedenen Zuständen entgegen, manchmal hypertrophisch, manchmal atrophisch. „Nicht selten kann man an der Schleimhaut bei vorurtheilsfreier Untersuchung keine wesentliche Veränderung nachweisen.“ Man könne daher nicht von Pharyngitis atrophica sprechen; auch nicht von Ozaena pharyngis, da stinkende Borken nicht vorkämen. Am besten gewählt sei die Lewin'sche Bezeichnung Pharyngitis sicca. Unter den subjectiven Beschwerden nehme das Gefühl der Trockenheit den ersten Platz ein. Fast immer sei Pharyngitis sicca mit Pharyngitis follicularis verbunden. Als anderweitige häufige Complicationen sind erwähnt: chronischer Nasencatarrh (46,3 pCt.), Deformitäten des Septum (8,4 pCt.), Laryngitis sicca (21,7 pCt.). Ueber die Aetiologie sei nichts Bestimmtes anzugeben. Das weibliche Geschlecht wiege auffallend vor. Das Leiden sei sehr hartnäckig und rückfällig. Pinselungen bringen nur für die Dauer der Behandlung Erleichterung; grösseren Nutzen gewähren die Nasendouchen und das Rachenbad.

Roth[21]) fasst den chronischen Rachencatarrh als einen einheitlichen Process auf, hält es aber für practisch, behufs leichter Verständigung folgende nach den hervorstechendsten objectiven Symptomen gewählte Bezeichnungen beizubehalten: Pharyngitis granulosa, hypertrophica, atrophica, hypersecretoria, mucopurulenta, sicca, fötida. Sicca und atrophica seien identisch; an anderer Stelle jedoch behauptet Roth, dass die Schleimhaut bei der sicca auch hypertrophisch sein könne.

Hoppe[22]) beschreibt als besondere Form die stinkende Pharyngitis und erklärt sie für einen der Ozaena änlichen Process, während Michel[23]) die Existenz einer derartigen genuinen Rachenerkrankung in Abrede stellt und das fötide Secret als aus der Nase stammend bezeichnet. Derselbe findet auch die trockene, glatt glänzende Rachenschleimhaut als eine besonders häufige Begleiterscheinung der Ozaena, was Gottstein[24]) bestätigt.

Bresgen[25]), welcher im Princip nur einen einzigen Rachencatarrh annimmt, giebt an, dass er die hohen Grade von Pharyngitis sicca nur in Gesellschaft von fötidem, chronischem Nasencatarrh gesehen habe, während E. Fränkel[26]) sagt: „Ich habe eine ganze Reihe von ausgesprochenen Fällen von Pharyngitis sicca gesehen, in denen mit Sicherheit jede Nasenerkrankung ausgeschlossen werden konnte, und andererseits verschiedene Fälle von zweifellos atrophirender Rhinitis (Ozaena simplex), bei denen von einer Pharyngitis sicca nicht die Rede war.“

Eichhorst[27]) vermeidet die Bezeichnung trocken oder atrophisch und theilt den Rachencatarrh ein in einen „parenchymatösen“, welcher

Digitized by Google

mit Hypertrophie einhergehe, und einen „superficiellen"; bei letzterem sei die Schleimproduction vermehrt, „mitunter so bedeutend, dass die hintere Rachenwand wie mit einem Firniss überzogen und glänzend lackirt erscheint". In anderen Fällen dagegen trockne, namentlich während der Nacht, wenn die Kranken mit offenem Munde athmen, das Secret zu grünlichen Borken und Krusten ein. Die Patienten bringen nach sehr energischen Würgebewegungen einzelne muschelartig aussehende Borken zum Vorschein.

Eine ähnliche Eintheilung geben Mackenzie und Semon[28]). Der chronische Rachencatarrh trete in zwei Formen auf, in einer hypertrophischen und einer exsudativen. Bei letzterer sondern die Drüsen ein weisses dickliches Secret ab, welches entweder als einzelner Tropfen an seinem Austrittspunkte hängen bleibe oder auf der Pharynxschleimhaut stark adhäsive Inseln bilde. Im ersten Beginn des Leidens erscheine das Innere des Halses trocken und glänzend, die Follikelöffnungen lebhaft roth. Bei längerer Dauer des Leidens werde das milchige Secret eingedickt und führe zur Bildung „des für das Leiden so characteristischen käsigen Niederschlags". Dabei bestehe Tendenz zur Atrophie der Pharynxgebilde und zur Vergrösserung des Pharynxraumes.

(Schluss folgt.)

Ein Fall von vorübergehender Aphasie nach Scharlach-Diphtheritis.

Von

C. Ziem.

Der im Folgenden kurz zu besprechende Krankheitsfall war ursprünglich nicht zur Veröffentlichung bestimmt und weist daher mancherlei Lücken in meinen Aufzeichnungen auf.

Am 23. April 1894 ist die 2½jährige Ella L. in desolatem und sehr abgemagertem Zustande zu mir gebracht worden. Dieselbe war Anfangs April an Scharlach erkrankt, mitsammt ihrem etwas älteren Bruder. Schon in den ersten Tagen, angeblich schon am 3. Tage der Krankheit, war starker Fötor und eitriger Ausfluss aus der Nase vorhanden, während in früherer Zeit Ausfluss oder auffälligere Verstopfung der Nase niemals bestanden haben soll oder wenigstens nicht bemerkt worden ist. Der behandelnde Arzt, ein älterer, erfahrener College, sprach sofort von Diphtheritis der Nase, stellte eine sehr ungünstige Prognose und liess Ausspritzungen der Nase wie auch der mit starker Schwellung und Absonderung der Schleimhaut behafteten Mundhöhle mit Kalkwasser und mit Hilfe eines kleinen Gummiballons vornehmen und solche möglichst oft wiederholen. Ausserdem wurde Citronenwasser und Ungarwein gegeben. Während der Krankheit bestand starkes Fieber, doch sind Messungen nicht vorgenommen worden. Speisen waren während der Krankheit nicht genossen, vom 21. April ab auch das Trinken verweigert worden. Mehr als 3 Wochen hat das früher gut gewöhnte Kind unter sich gemacht und bis zum 1. Mai eingepisst; auch hatte sich ein

Digitized by Google

etwa handtellerbreiter Decubitus an den Nates entwickelt. Von Mitte April ab sprach nun das Kind, das vor Ablauf des ersten Jahres angefangen hatte, zu sprechen und bis zu der Krankheit Alles ziemlich richtig gesprochen hatte, gar nicht mehr; es war benommen und apathisch, doch nicht taub; hierzu trat eitriger Ausfluss aus den Ohren, bei deren Ausspritzen Schluckbewegungen gemacht wurden, so dass die Mutter des Kindes das Vorhandensein einer Durchlöcherung der Trommelfelle schon von selbst vermuthet hatte. Krämpfe, Zuckungen oder Lähmungen der Extremitäten waren nicht vorhanden. In der letzten Zeit waren die Lider im Schlafe öfters nicht geschlossen, so dass sie mittelst der Finger zusammengedrückt werden mussten.

Aus dem Mitgetheilten, so dürftig es auch ist, ergiebt sich wohl, dass hier ein recht schwerer Krankheitsfall vorlag; mir selbst war es fraglich, ob das Kind durchkommen würde. Es bestand am 23. April starker Fötor aus Nase, Mund und Ohren, deren Gehörgänge mit Eiter erfüllt waren, während die Schleimhaut des Mundes und Gaumens stark geschwollen und aufgelockert war und erstere beim Eingehen mit dem Spatel, zum Zweck der Besichtigung des Gaumens, blutete; diphtheritischer Belag war in grösserer Ausdehnung jedenfalls nicht vorhanden, die Untersuchung aber sehr erschwert. Stimme krächzend. Soviel war klar, dass das Wichtigste, was hier geschehen musste, Massenausspülungen der Nase, des Mundes und der Ohren waren, und zwar natürlich nur mit einer ungiftigen Substanz, also mit physiologischer Kochsalzlösung, um vor Allem eine gründliche Säuberung der betreffenden Theile zu Wege zu bringen, eine gründlichere, als der bis dahin benutzte kleine Gummiballon gestattete. Mittelst meiner demnächst zu beschreibenden, einen continuirlichen Strahl ergebenden Druckpumpe[1]) und geeigneten Ansatzstücken wurden solche denn auch sofort vorgenommen, wobei besonders aus der Nase äusserst übelriechende, dicke Eiterklumpen sich entleerten. Die Ausspülungen wurden in den ersten Tagen zwei Mal, später nur ein Mal täglich wiederholt; die Nase von aussen öfters eingefettet, der hier wohl kaum zweckmässige Wein weggelassen, dagegen kräftige Suppen verordnet u. s. w.

Schon am nächsten Tage (24. April) hat das Kind durch Deuten zu essen verlangt, trotz ersichtlich noch bestehendem Schluckweh. Auch war der Ausdruck des Gesichts ein freierer geworden.

26. April. Parese der Schlundmusculatur, Flüssigkeit und Speisetheile kommen aus der Nase heraus, ebenso in die Mundhöhle eingespritztes Wasser. Sonstige Lähmungserscheinungen sind weder jetzt noch später vorhanden. Ausspülungen fortgesetzt.

Am 1. Mai Schlundlähmung beseitigt.

In den letzten Tagen des April, nachdem das Kind etwa 14 Tage gar nicht gesprochen und keinen articulirten Laut von sich gegeben hatte, werden wieder einzelne Laute und Wörter hervorgebracht, die jedoch noch unverständlich sind. Doch war eine klare und zusammenhängende Sprache, besonders auch in längeren Sätzen, erst Mitte Mai

---

[1]) Die Veröffentlichung ist in den Annales des maladies de l'oreille 1895, Mars, pag. 236, inzwischen erfolgt.

Digitized by Google

wieder vorhanden, zu welcher Zeit das Kind auch wieder ein wenig gesungen hat.

Es seien einige Bemerkungen 1. über Aphasie, 2. über Behandlung der diphtheritischen Gaumenlähmung hier angeschlossen.

1. L. Treitel, der eine Arbeit über Aphasie im Kindesalter kürzlich veröffentlichte, hat bereits die Ansicht ausgesprochen, dass kürzer anhaltende Aphasie nach acuten Exanthemen häufiger vorkommen möge, da er mehrere Fälle von Stottern gesehen, welches im Anschluss an eine Aphasie nach Masern sich ausgebildet habe. Derselbe erwähnt auch, dass Clarus in seiner, Mitte der 70er Jahre aus der Gerhardt'schen Klinik hervorgegangenen Abhandlung über Aphasie im Kindesalter nur 4 Fälle von Aphasie nach acuten Exanthemen in der Literatur aufgefunden habe[2]). Henoch theilt Beobachtungen mit von Aphasie nach Verdauungsstörungen, z. Th. mit epileptischen Anfällen verbunden, nach Intermittens, nach Urämie und besonders nach Ileotyphus, aber keine nach Diphtheritis[3]). Eichhorst hat einen Fall von Aphasie nach Influenza kurz erwähnt[4]). Auch Hirt erwähnt die Aphasie nach acuten Infectionskrankheiten nur summarisch, ohne Näheres beizubringen[5]). Biedert[6]), der Aphasie nach Verletzung durch Feuer (Schreckaphasie) selbst gesehen, verweist bezüglich der Aphasie nach Diphtheritis auf eine Beobachtung von Jaeckle, die durch die Güte des Herrn Verfassers im Originale mir vorgelegen hat[7]). Es handelte sich hier um einen 5½jährigen, von Diphtherie befallenen Knaben, bei welchem am zehnten Tage der Krankheit Lähmung des Gaumensegels, am zwölften tonische und clonische Krämpfe, vollkommene Bewusstlosigkeit, am vierzehnten Lähmung des rechten Facialis und der rechten Körperhälfte, jedoch ohne Störung der Sensibilität, sowie Aphasie auftraten: letztere hat sich „von fast undeutlichem Lallen zum Aussprechen von Silben und einzelnen Wörtern, die allerdings noch immer den näselnden Character trugen, nach und nach gebessert, so dass mit Beginn der fünften Woche der Kranke manche seiner Wünsche wieder durch Worte kundgeben konnte" und später volle Wiederherstellung der Sprache eingetreten ist, während die hemiplegischen Erscheinungen, die — im Gegensatze zu mehreren, von A. Baginsky unlängst kurz erwähnten und auf Embolie bezogenen Fällen von Hemiplegie nach Diphtheritis[8]) — Jaeckle auf eine Apoplexie, im hinteren Schenkel der Capsula interna, zurückführt, z. Z. der Publication theilweise noch fortbestanden. Jaeckle erwähnt auch, dass ein ganz ähnlicher Fall aus dem städt. Krankenhause in Frankfurt a. M. in der Deutschen medicin. Wochenschr. von Auerbach publicirt worden sei, doch habe ich den Fall nicht eingesehen.

Was nun die Deutung der in meinem Falle beobachteten aphasischen

---

[2]) Sammlung klinischer Vorträge, N. F. No. 64, 1894.

[3]) Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 5. Aufl. 1890, Seite 159, 254, 598, 766.

[4]) Cit. von Kirn, nervöse Störungen bei Influenza, Sammlung klinischer Vorträge, N. F. No. 23, 1891.

[5]) Nervenkrankheiten, 2. Aufl. 1894, Seite 150.

[6]) Lehrbuch der Kinderkrankheiten, II. Aufl., 1894, S. 157 und 408.

[7]) Aerztl. Mittheilungen aus Baden, 46. Jahrg., 1892, S. 75.

[8]) Berl. klin. Wochenschr. 1894, No. 52, S. 1176.

Digitized by Google

Störung betrifft, so hätte die bei dem zarten Alter des Kindes natürlich recht schwierige bezügliche Untersuchung allerdings eine vollständigere sein müssen, um genauere Anhaltspunkte zur Beurtheilung zu gewähren. Einiges kann aber trotzdem ausgesagt werden. Zunächst war die Störung der Sprache keinesfalls durch die Gaumenlähmung bedingt, schon deshalb nicht, weil letztere später aufgetreten und auch früher verschwunden ist. Auch war die Hörstörung offenbar keine so hochgradige, dass das Sprechen deshalb unterlassen worden wäre: es ist bereits erwähnt worden, dass in die Ohren eingespritzte Flüssigkeit aus den Tuben abfloss, so dass die Schwellung der Schleimhaut der Trommelhöhle doch jedenfalls nur eine mässig starke war. Ebensowenig kann eine richtige Hämorrhagie oder Embolie im Gebiete des Sprachcentrums, beziehungsweise in der 3. linken Stirnwindung oder der 1. linken Schläfenwindung vorgelegen haben, im Hinblicke auf die verhältnissmässig grosse Schnelligkeit der Wiederherstellung der Sprache, welche das für andere Krankheitsfälle der Art öfters angenommene compensatorische Eintreten der entsprechenden Windungen der rechten Gehirnhälfte hier doch gänzlich ausschliessen lässt. Es kann hier wohl nur eine Hyperämie in der Broca'schen Windung vorhanden gewesen sein, so dass es nach Wernicke's Schema um motorische Aphasie sich gehandelt hätte. Für diese Annahme kann angeführt werden, dass das Sprechen in längeren Sätzen erst allmählig zurückgekehrt ist, während die Annahme einer sensorischen Aphasie, als Ausdruck einer umschriebenen Hyperämie in der obersten linken Schläfen. windung, eine Störung des hier, wie es schien, damals wenig beeinträchtigten Gedächtnisses voraussetzen würde, das aber bei Nasenkrankheiten und mit Nasenleiden verbundenen Infectionskrankheiten, wie z. B. schon bei der von Thucydides beschriebenen Pest von Athen, sonst öfters geschädigt ist. Es ist mir allerdings nicht genügend klar geworden, auf welchen Umstand das Auftreten einer mehr umschriebenen Hyperämie des Gehirnes hier bezogen werden könnte und ob nicht vielleicht gar die Anfangs verordnete Verabreichung von Wein, der ja auch sonst gerade auf das Sprachvermögen oft so wesentlich einwirkt, hier mit von Einfluss gewesen ist: jedenfalls aber kommen umschriebene Hyperämien und Anämien im Gehirne an und für sich häufiger vor, als man sich das, trotz Th. Meynert's glänzenden und überzeugenden Darlegungen, noch meistens vorstellt, ein Gegenstand, der besonders auch für die Physiologie des Schlafes von der grössten Bedeutung ist, worauf bei anderer Gelegenheit eingegangen werden soll. Wenn aber Aphasie nach Infectionskrankheiten vorwiegend bei Kindern beobachtet worden ist[9]), so hat dies doch vielleicht nicht nur physiologische und psychologische, sondern auch anatomische Gründe, nämlich 1) im Bestehen von Communicationen zwischen den Venen des Gehirns und denen der Nase, besonders auch vermittelst des im Kindesalter noch offenen Foramen coecum[10]), 2) in der bei Kindern verhältnissmässig geringen Entfernung der Regio Sylvii vom Cavum narium, so dass Stauungen im letzteren Gebiete nach der 3. Stirn- und 1. Schläfenwindung sich eher fortsetzen können, Verhältnisse, die besser

[9]) Vergl. Hirt, l. c. Seite 152.
[10]) Zuckerkandl, Anatomie der Nasenhöhle, I. Bd.; 2. Aufl., S. 162.

Digitized by Google

als am herausgenommenen Gehirn [11]) an Durchschnitten des ganzen Kopfes zu erkennen sind, so wie besonders der, ein allerdings schon 16jähriges Mädchen betreffende, Transversalschnitt auf Taf. III des topographisch-anatomischen Atlas von W. Braune mit schöner Klarheit das zeigt. Wenn durch spontanes Nasenbluten oder durch Blutentziehungen an der Nasenschleimhaut, die Peter Frank [12]) und J. Hyrtl [13]) schon vor Decennien empfohlen haben, bei mit schönklingenden griechischen und lateinischen Namen ausgestatteten, ihrer Natur nach aber unbekannten Erkrankungen (der Augen und) des Gehirns, in einer Reihe solcher Fälle gute Erfolge thatsächlich erzielt worden sind und eine Entlastung des Gehirns stattgefunden hat, so müssen Ausspülungen der Nase mit Salzwasser, vermöge der in der Nasenhöhle und ihren Nachbargebieten hierbei stattfindenden Förderung der Circulation und Secretion, offenbar gleichfalls eine Degagirung des blutüberfüllten Gehirns zu Stande bringen und es wäre zweifellos eine wichtige Aufgabe, in allen derartigen oder ähnlichen Fällen auch um das Verhalten, beziehungsweise das Verstopftsein, der Nase sich zu kümmern, im Hinblicke auf die schnelle Besserung in dem hier vorliegenden Falle durch einen so einfachen Eingriff. Wenn das Kind vielleicht auch in anderer Weise vom Tode hätte gerettet werden können, so erscheint es doch sehr fraglich, ob ohne die Ausspülungen die Aphasie so bald sich zurückgebildet hätte, denn, obschon Biedert erklärt, dass die nach Diphtheritis auftretende aphasische Störung sich allmählig wieder ausgleiche, so ist die Behandlung solcher und ähnlicher Fälle bisher doch noch eine gänzlich negative gewesen und hat nach Hirt nur in „der animi consolatio und dem geduldigen Zuwarten", u. U. auch in der Suggestion bestanden, wie denn auch in Jaeckle's Fall die Ausgleichung eine längere Zeit beansprucht hat.

2. Der zweite Punkt, über den noch ein paar Worte hinzugefügt werden sollen, betrifft die Behandlung der diphtheritischen Gaumenlähmung. Gross ist meine Erfahrung auf diesem Gebiete allerdings nicht, doch habe ich noch bei anderen Fällen der Art überraschend schnelle, in wenigen Tagen eintretende Heilungen bei Durchspülungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit der Druckpumpe und Salzlösung gesehen. Man darf sich vielleicht vorstellen, dass dieselben hier wirksam sind 1) als Reinigungsmittel, 2) durch Anregung der Thätigkeit der Musculatur des Gaumens, 3) durch regere Saftströmung in den bespülten Theilen, besonders auch im weichen Gaumen, unter der Einwirkung des Salzes, so dass in den betreffenden Geweben aufgehäufte Zersetzungsproducte, Ptomaine oder dergl., leichter ausgeschieden werden können. Denn es ist nicht einzusehen, warum bei derartigen Lähmungen, die, im Gegensatze zu früheren Autoren, von Mendel, v. Ziemssen u. A. nicht mehr ausschliesslich als spinale, sondern zum grossen Theil als peripherische angesehen werden, das Fortschreiten der Lähmung vom Rachen auf den Kehlkopf und den Oesophagus durch Vermittelung gerade der Nerven, der Aeste des Vagus (v. Ziemssen) stattfinden soll, da

[11]) Ibidem, Taf. XIV.
[12]) Vergl. Voltolini: Krankheiten der Nase, Seite 174.
[13]) Handb. d. topogr. Anatomie. I. Bd.

Digitized by Google

entsprechend den von Mendel erhobenen Befunden doch auch Veränderungen an und in den Gefässen (Hyperämie, Diapedese und dergl.) vorkommen, auf deren Ausgleichung die genannten Ausspülungen wohl günstig einwirken können. Unter allen Umständen dürfte diese Behandlungsmethode einer ausgedehnteren Prüfung werth sein, auch ist sie natürlich gefahrloser, als die von Henoch u. a. A. empfohlenen Einspritzungen von Strychnin, dessen Einwirkung auf die hier gleichzeitig vorhandene Aphasie ausserdem von vornherein wohl kaum hätte abgeschätzt werden können. Da plötzliche Todesfälle bei dipththeritischer Lähmung des Kehlkopfes nach hastigem Trinken und Ueberschwemmen der Lungen mit Flüssigkeit durch v. Ziemssen[14]) beobachtet worden sind, so wird man bei den hier empfohlenen Ausspülungen eine gewisse Vorsicht natürlich zu beobachten haben: vielleicht sind dieselben im Hinblick auf das eben Gesagte aber überhaupt das beste Mittel, um das Uebergreifen einer schon bestehenden Lähmung auf den Kehlkopf zu verhüten. Bezüglich der Bedeutung solcher Ausspülungen auf den Ablauf der diphtheritischen Erkrankung im Ganzen, sei auf die von Heller[15]) und mir[16]) selbst inzwischen veöffentlichten Arbeiten hingewiesen.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. Mai 1895.

Officieller Bericht.

Vorsitzender: Herr Gruber. Schriftführer: Herr Pollak.

Herr Urbantschitsch stellte vier Fälle vor:

Der erste Fall demonstrirt den in einzelnen Fällen äusserst günstigen Einfluss der Hammerextraction für die Gehörsfunction auf das secundär erkrankte andere Ohr. Der 34jährige Patient litt seit seinem 14. Lebensjahre an linksseitiger Otorrhoe, welcher sich nach 10jährigem Bestande zunehmende Schwerhörigkeit der rechten Seite hinzugesellte. Die dagegen versuchten Behandlungen blieben erfolglos und Pat. hörte schliesslich am rechten Ohre nur mehr auf 2—3 Schritte scharfe Flüstersprache. Am 5. Februar 1891 wurde behufs Heilung der linksseitigen Atticuseiterung der, nebenbei bemerkt, gesund befundene Hammer extrahirt, worauf die Eiterung in kürzester Zeit bedeutend abnahm und nur mehr in ganz minimalem Grade bis heute noch fortbesteht. Nach der Operation blieb functionell das linke Ohr ebenso untauglich wie früher, wogegen das rechte Ohr bereits am Tage nach der Operation eine auffallende Hörverbesserung nachweisen liess (Flüstersprache auf 4 Schritte), welche in den folgenden Tagen sich bis auf 10 bis 12 Schritte für scharfe Flüstersprache hob und jetzt, nach Verlauf von 4 Jahren, auf derselben Höhe sich befindet.

---

[14]) Klinische Vorträge, 6. Heft, 1887.

[15]) Münchener med. Wochenschrift 1894, No. 44 und 52, und Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 55. Bd., S. 540.

[16]) Ziem, Ueber Verhütung der Diphtheritis. Danzig 1887. Münchener medicinische Wochenschr. 1894, No. 49, 1895, No. 8, und Revue internat. de Laryngologie et Rhinologie 1894, No. 24.

Digitized by Google

Der zweite Fall betrifft ebenfalls eine Hammerextraction, bei welcher die angestrebte Hörverbesserung für das bessere Ohr wohl ausblieb, wohl aber den Effect hatte, dass der starke Schwindel sistirte und die bis dahin continuirliche Gehörsabnahme keine weiteren Fortschritte machte. Bemerkenswerther als dies jedoch ist die an Stelle des extrahirten Hammergriffs in der Membran entstandene callöse Narbe, welche dem Uneingeweihten ganz den Eindruck eines Hammergriffes macht.

Der dritte vorgestellte Patient zeigt eine aus dem rechten Gehörgang hervorragende, das Lumen desselben ganz erfüllende, knochenharte, höckerige Geschwulst, welche sich von oben, vorn und unten mit der Sonde umgreifen und bis gegen die Paukenhöhle verfolgen lässt, nach h. u. dagegen mit der Gehörgangswand verwachsen ist und sich bis in den Proc. mast. verfolgen lässt. Diese Exostose besitzt, wie eine vom Gehörgang aus versuchte Abmeisselung zeigte, Elfenbeinhärte. Die Geschwulst wird demnächst operirt und das Operationsergebniss später mitgetheilt werden.

Als vierten, letzten Fall stellte Herr U. ein benignes Neoplasma der linken Ohrmuschel vor, dessen Sitz am Helixrand am Uebergang in den Lobulus sich befindet, durch Fingerdruck sich verkleinern lässt, circumscript und an der Knorpelbasis verschieblich und in seinem verkleinerten Zustande von derber Consistenz ist. Alcoholgenuss, Gemüthsaffect und Kälteeinwirkung bewirken eine bis über nussgrosse Anschwellung der sonst haselnussgrossen Gefässgeschwulst. Ueber die Natur der demnächst zu operirenden Geschwulst wird U. in der nächsten Sitzung berichten.

Discussion:

Ad 1. Herr Politzer fragt den Vortragenden, wie derselbe sich die Hörbesserung auf dem nicht operirten Ohre erkläre. Nach P.'s Meinung wäre kein Moment vorhanden, welches ein Causalitätsverhältniss begründen würde.

Herr Urbantschitsch meint, die Ursache sei in der synergischen Action der beiderseitigen Tens. tymp., die durch die Thierexperimente Pollak's und die Versuche Gellé's erwiesen sei, zu suchen.

Herr Politzer erklärt, durch diese Begründung nicht befriedigt zu sein. Die synergische Action der Tensoren sei am Menschen nicht erwiesen; ferner müsste bei einseitigen Mittelohraffectionen das andere Ohr viel häufiger in Mitleidenschaft gezogen werden, was erfahrungsgemäss nicht der Fall ist.

Herr Urbantschitsch bezieht sich auf die Fälle, die er bei der letzten Naturforscherversammlung demonstrirt hat und bei welchen er durch Luftverdünnung auf der einen Seite das Hörvermögen der anderen Seite beeinflussen konnte.

Ad 2. Herr Gomperz sah in einem Falle von Hammerextraction ein ähnliches Bild. Nach Herausnahme des Hammers bildete sich eine strangförmige Narbe, die den Hammer vortäuschen konnte.

Herr Urbantschitsch fragt den Vorredner, ob nicht periostale Reizungen an der inneren Paukenhöhlenwand die Ursache waren? In seinem Falle war von Adhäsion des Paukenfelles und der inneren Paukenwand keine Rede.

Digitized by Google

Herr Gomperz erwidert, dass in dem von ihm beobachteten Falle die Narbe thatsächlich mit der inneren Paukenhöhlenwand verwachsen war.

Herr Gruber bezieht die Bildung der Narbe auf das reichliche Gewebe, welches von der oberen Gehörgangswand herunterzieht.

Herr Urbantschitsch fragt, ob am Paukenfelle schon eine callöse Narbe beobachtet wurde?

Herr Gruber hat dies nie gesehen, auch sah er nie, dass nach Extraction des Hammers sich eine Membr. propria entwickelt hätte.

Ad 3. Herr Politzer hält die Geschwulst für ein Osteom, welches vom Warzenfortsatze ausgeht und in den äusseren Gehörgang prominirt. Das Vorkommen solcher Osteome sah er selten; er hat einen ähnlichen Fall in seinem Lehrbuche beschrieben.

Herr Gruber hat ähnliche Fälle auf seiner Klinik gesehen und operirt, doch erwiesen sich selbe als Chondrome.

Herr Pollak bemerkt bezüglich der Genese solcher Geschwülste, dass er in einem Falle ein den ganzen äusseren Gehörgang obturirendes Osteom beobachtet habe, welches sich innerhalb eines Jahres nach Extraction eines fibrösen Gehörgangspolypen entwickelt hat.

Der Fall ging leider verloren.

Herr A. Politzer: Eine seltene Form von Exostose des äusseren Gehörgangs mit Demonstration des betreffenden Präparates.

P. weist zunächst darauf hin, dass trotz der keineswegs seltenen klinischen Beobachtungen von Exostosen im äusseren Gehörgange doch nur wenige Sectionsbefunde bekannt sind von Fällen, die während des Lebens genau beobachtet wurden.

P. ist in der Lage, das Präparat eines 69jährigen Gelehrten zu demonstriren, den er seit mehr als 30 Jahren zu wiederholten Malen zu beobachten Gelegenheit hatte. Schon bei der ersten Untersuchung fand P. rechts die äussere Ohröffnung durch eine vom hinteren oberen Rande derselben ausgehende knochengelbe Exostose verlegt, deren vorderer unterer freier Rand die gegenüberliegende Gehörgangswand unmittelbar berührte. Ueber die Entstehung dieser Exostose konnte Patient nichts angeben und liess sich auch nicht feststellen, ob er früher an Otorrhoe litt. Das störendste Symptom war die Schwerhörigkeit, welche theils durch die Exostose selbst, theils durch Ansammlung von Cerumen- und Epidermismassen hinter der Exostose bedingt war.

Nach Entfernung dieser Massen mittelst dünner, in den Gehörgang eingeschobener Röhrchen, welche wiederholt in Zwischenräumen von 4—5 Jahren vorgenommen wurde, ist merkliche Hörverbesserung und eine bedeutende subjective Erleichterung erzielt worden. Auf eine operative Entfernung der Exostose wollte Patient nicht eingehen. Vor mehreren Jahren wurde mir Patient von Herrn Dr. Teleki wieder vorgestellt, mit der Angabe, dass seit mehreren Tagen äusserst heftige Schmerzen und ein übelriechender Ausfluss sich eingestellt hätten. Es gelang auch diesmal, durch Einschieben dünner Drainröhrchen zwischen Exostose und Gehörgangswand die putrid zersetzten, bräunlichgelben Epidermismassen auszuspülen und die bedrohlichen Symptome zum Schwinden zu bringen.

Nach dem vor 2 Jahren an Marasmus erfolgten Tode wurde P.

Digitized by Google

gemäss der letztwilligen Verfügung des Verstorbenen gestattet, das Gehörorgan behufs wissenschaftlicher Untersuchung herauszunehmen. Das demonstrirte Präparat zeigt nun folgende Veränderungen: Vom hinteren oberen Rande der Eingangsöffnung des knöchernen Gehörgangs geht eine $1^1/_2$ Ctm. lange und 1 Ctm. breite, etwas höckerige Exostose aus. Sie erscheint von der Schläfebeinschuppe und dem Planum mastonid. durch seichte Furche begrenzt. Nach Entfernung der Weichtheile und der vorderen unteren Gehörgangswand findet man das Lumen des Gehörgangs von einer braungelben griesslichen Epidermismasse ausgefüllt, welche sich durch eine kleinlinsengrosse Perforationsöffnung am Trommelfelle bis in die Trommelhöhle erstreckt. Nach Entfernung dieser Massen zeigt sich der Gehörgang stark erweitert, der Margo tymp. über der Shrapnell'schen Membran in der Ausdehnung einer Linse defect, der Grund des Defectes von einer dünnen, eingesunkenen Narbe ausgefüllt, welche den Hammer-Ambosskörper unmittelbar berührt. Die obere Gehörgangswand bis auf einen kleinen Knochen-Saum, welcher den oben erwähnten Defect begrenzt, ist durch Druckusur zerstört, und führt die Lücke in eine mehr als kirschkerngrosse, glattwandige Höhle, welche zum Theile schon in den Bereich des Warzenfortsatzes fällt. Diese ist an ihrer Kuppe zackig durchbrochen und führt die Lücke unmittelbar in das ebenfalls mit griesslicher Epidermis erfüllte Antrum mastoid. Die Innenseite der Exostose erscheint etwas ausgehöhlt, wodurch der vordere Rand stumpfkantig hervortritt. Die Basis der Exostose geht nach innen einerseits in eine stumpfe Kante über, welche die Gehörgangswand von der grossen Höhle oberhalb des Gehörganges trennt, andrerseits geht sie in diese Höhle selbst über. Der Warzenfortsatz ist vollständig eburneisirt. Der obere Trommelhöhlenraum und ein Theil des Antrum sind vom neugebildeten Bindegewebe ausgefüllt, der mittlere und untere Trommelhöhlenraum frei, Labyrinth und Canalis acusticus unverändert.

In der Epikrise des Falles hebt P. hervor, dass die Exostose höchstwahrscheinlich einer früheren Otorrhoe ihre Entstehung verdankt und dass die Knochendefecte am Gehörgange und zum Theile auch im Warzenfortsatze durch die Retention der Epidermidalmassen entstanden sind. Die Perforationsöffnung im Trommelfelle und die gleichzeitige Durchlöcherung der geschilderten Knochenhöhle gegen das Antrum waren günstige Momente für die Ausstossung der Epidermismassen im Mittelohre gegen die Räume des äusseren Gehörgangs. Dass durch eine frühzeitige Abmeisselung der Exostose die Entstehung der Knochendefecte im Schläfebeine hintangehalten worden wäre, ist mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Herr A. Politzer: Demonstration einer Patientin, bei welcher die Radicaloperation der Freilegung der Mittelohrräume mit nachfolgender Thiersch'scher Transplantation ausgeführt wurde.

46jährige, sonst vollkommen gesunde Frau. Ursache und Beginn des Ohrenleidens unbekannt; seit einem Jahre zeitweise geringe, nicht übelriechende Eiterung aus dem linken Ohre. 4 Wochen vor der Spitalaufnahme starke Schmerzen in und hinter dem linken Ohre, seit 14 Tagen sichtbare Anschwellung an der Spitze des Warzenfortsatzes.

Bei der ersten Untersuchung zeigte sich der Gehörgang verengt, mit

Digitized by Google

Eiter gefüllt, im Mittelohr weiche Granulationen, die Weichtheile des Warzenfortsatzes im oberen und mittleren Theile normal, an der Spitze ein nussgrosser Abscess, der an einer stecknadelkopfgrossen Stelle spontan durchgebrochen ist.

Am 18. April dieses Jahres wurde die Radicaloperation mit Plastik der Gehörgangswand ausgeführt; im Cavum tympani und Attic weissgelbe, trockene Cholesteatommassen. Die Fistelöffnung im Abscesse an der Spitze des Warzenfortsatzes führt direct an die untere Wand des Cavum tympani.

Am 24. April wurde die Transplantation nach Thiersch mit Hautlappen, entnommen der Streckseite des linken Vorderarmes, vorgenommen. An der vorderen und unteren Wand des Wundcanals ist die Transplantation vollständig gelungen, an der hinteren Wand wurde die neue Cutis abgestossen. Obwohl die Ueberhäutung der vorderen und unteren Wand des Canals eine Verwachsung desselben ausschliesst, wird dennoch eine neue Transplantation an der hinteren Wand demnächst vorgenommen werden. P. glaubt, dass vorläufig das Offenhalten des Wundcanals im Warzenfortsatze das sicherste Mittel zur Hintanhaltung von Recidiven des Cholesteatoms bietet.

Discussion:

Herr Urbantschitsch hat bei einigen Fällen die Transplantation nach Siebenmann-Bezold vorgenommen. In einem Falle benutzte er mit gutem Erfolge die Haut der anderen Ohrmuschel, an der er eine plastische Operation gemacht hatte, in einem anderen Falle die Haut vom Oberschenkel. In einem Casus, wo er wegen Cholesteatom operirte, machte er sogleich die Transplantation, welche auch, wie es nach 12tägiger Beobachtung scheint, ganz gut hält.

Der Vortrag des Herrn Gruber: „Ueber Morbus Ménièrei" erscheint ausführlich an erster Stelle dieser Nummer.

II. Referate.

a) Rhinologische:

Ueber das Hämatom und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand. Von Dr. Fr. Fischenich in Wiesbaden. (Archiv für Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Hämatome der Nasenscheidewand sind cystische Extravasationsgeschwülste, welche ausschliesslich durch ein Trauma entstehen. Je stärker die Blutung, desto schneller ihre Entwicklung. Nur selten gelangen sie, sich selbst überlassen, zur Resorption, zeitweilig entwickeln sie sich zu Cysten mit mehr oder weniger blutig-serösem Inhalte. Weit häufiger ist der Uebergang in Eiterung. Septumperforation ist ein im Verlaufe des Hämatoms fast regelmässig vorkommendes Ereigniss und wohl als Druckusur aufzufassen. Baldige breite Eröffnung mit Messer und Scheere bildet das zweckmässigste Heilverfahren. F. theilt einige von ihm beobachtete Fälle mit und zum Schlusse zwei Fälle von seröser Perichondritis der Nasenscheidewand, einer Affection, die im

Digitized by Google

Gegensatze zur einfachen eitrigen, primären und secundären Perichondritis, wie sie im Gefolge von Lues, Lupus, Tuberculose, häufiger eines Trauma's beobachtet wird, als ausserordentlich selten zu gelten hat.

Beschorner.

Die sogenannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand. Von Dr. A. Kuttner in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Bericht über drei einschlägige Fälle, welche durch breite Incision bezw. Excision eines Schleimhautstückes und Jodoformgaze-Tamponade in wenig Tagen geheilt wurden. Bei sämmtlichen Patienten ergab weder Anamnese noch genaueste Untersuchung des ganzen Körpers irgend einen Anhaltepunkt für ein constitutionelles Leiden. Für die Bezeichnung acute idiopathische Perichondritis schlägt K., da uns die Aetiologie derselben zumeist ebenso bekannt ist, wie z. B. bei einem Panaritium oder einem Mammaabscess, und da nicht die Entzündung, sondern die Eiterung und Gewebsnecrose dem ganzen Processe den Stempel aufdrückt und zu einem typischen macht, den Namen: acute Phlegmone oder Abscess der Nasenscheidewand vor.

Beschorner.

Versuch einer Nomenclatur der Geruchsqualitäten. Von Dr. Ed. Aronsohn in Bad Ems—Nizza. (Archiv f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Erweiterung und Ergänzung einer früheren Arbeit behufs Eintheilung der Gerüche in Klassen, wobei es dem Autor zweckmässig erscheint, die Gerüche complicirter Körper auf ähnliche Gerüche wohlbekannter chemischer Körper zurückzuführen, der dann als Grundgeruch, als Repräsentant dieser Geruchsqualität zu gelten hat. Da wir den physiologischen Weg kennen lernten, meint A., wie wir die Gerüche in Klassen einzutheilen haben und wie, mit Hilfe der in der Chemie eingeführten, in allen Ländern gleich geltenden Bezeichnungen, die Worte nach gewissen Regeln gebildet werden können, so können auch die specifischen Ausdrücke für die specifischen Eigenschaften, welche Buchner verlangt, festgestellt werden. Dementsprechend macht A. Vorschläge, durch Beispiele erläutert, welche im Originale nachgelesen werden müssen.

Beschorner.

Zur Operationsfrage der Nasenrachentumoren. Von Dr. Fr. Kijewski und Dr. W. Wróblewski in Warschau. (Arch. f. Laryngol etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Im Nasenrachenraum begegnen wir den verschiedensten Geschwülsten: Fibromen, Fibroadenomen, Adenomen, Carcinomen, Sarcomen, Enchondromen, Cysten etc. Im Allgemeinen und ausgenommen die adenoiden Vegetationen, gehören diese Neubildungen nicht zu den häufigen Befunden. Unter 13 Beobachtungen fanden obengenannte Autoren 9 Mal Polypen, 3 Mal Sarcom, 1 Mal Adenoma destruens. Dieselben wurden zumeist, ohne Voroperation, auf natürlichem Wege entfernt. Auf Grund ihrer eigenen und der Erfahrungen Anderer, welche genau besprochen werden, kommen sie hierauf zu folgenden Schlüssen: 1) Nasenrachentumoren

Digitized by Google

müssen möglichst frühzeitig operirt werden; 2) die Entfernung der fibrösen Polypen muss eine radicale sein; 3) Polypen können radical, ohne Voroperation, mittelst einfacher Methoden, namentlich mittelst kalten und galvanocaustischen Schlingen und Zangen, entfernt werden, es müssen aber die Stielreste nachher gründlich ausgekratzt und ausgebrannt werden und zwar unter Controle des Fingers und des Rhinoscops; 4) nach den einfachen Operationsmethoden muss der Sitz der Erkrankung fortdauernd genau controlirt werden, damit alle verdächtigen Stellen frühzeitig entfernt werden können; 5) bei fibrösen Polypen mit complicirtem Sitz und bei voraussichtlich grösserer Blutung müssen Voroperationen ausgeführt werden, deren Wahl vom Ausgangspunkte des Tumors und der Richtung seiner Auswüchse abhängt; 6) bei bösartigen Tumoren muss die Operation ausgiebig und eingreifend sein, um gründlicher Entfernung möglichst gewiss sein zu können. Beschorner.

b) Pharyngo-laryngologische:

Ueber rheumatische und verwandte Affectionen des Pharynx, Larynx und der Nase. (On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx and nose.) Von Dr. W. Freudenthal, New-York. (Medical Record, 16. Februar 1895.)

F. bespricht zuerst die rheumatischen Affectionen des Larynx, welche von den einzelnen Autoren mit verschiedenen Namen bezeichnet werden und von denen die rheumatische Laryngitis die häufigste ist. Eine andere Erkrankung ist der Gelenkrheumatismus des Larynx, der, wenn nicht ähnliche Läsionen in anderen Regionen vorhanden sind, schwer zu diagnosticiren ist. Er führt einen Fall von Paralyse des linken Stimmbandes in Folge von Rheumatismus und ebenso einige Fälle lithämischen und gichtischen Ursprungs an.

Rheumatische Angina ist jetzt allseitig anerkannt, und oft bildet die Angina das Anfangsstadium der rheumatischen Attake. Auch die sog. Heryng'schen gutartigen Pharynxulcerationen hängen nach ihm von Rheumatismus ab, wenigstens haben antirheumatische Mittel dieselben beseitigt.

F. glaubt, dass auch die Nase manchmal von Rheumatismus ergriffen sei und beschreibt zweierlei Zustände: einen ohne sichtbare Veränderungen, den anderen mit Muschelschwellungen einhergehend, die durch Cocain nicht reducirt wurden. In beiden Fällen hatte gegen Rheumatismus gerichtete Behandlung den gewünschten Erfolg.

G—n.

Fischgräten in dem Halse und was sie für den Schluckact lehren. (Fish bones in the throat and what they suggest concerning deglutition.) Von Adolph Rupp, M. D., New-York. (New-York medical Journal, 19. Mai 1894.)

Verf. führt zunächst an, dass diese Fremdkörper verhältnissmässig selten im Pharynx gefunden würden. Jurasz habe unter 4048 Kranken nur viermal einen Fremdkörper gefunden, während doch 19 Kranke über angeblich verschluckte Fremdkörper geklagt hätten. In der New-York

Digitized by Google

Eye and Ear Infirmary sei unter 7840 Kranken keiner mit Fremdkörper im Pharynx gewesen. Schäffer in Bremen habe in 10 Jahren nur 7 Fälle gesehen. Verf. bespricht dann die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung, möge nun der Fremdkörper wirklich vorhanden oder nur seine Anwesenheit vermuthet sein. Betreffs die Untersuchung zieht er die mit einer guten Beleuchtung der mit dem Finger vor, weil da Täuschungen z. B. durch das grosse Horn des Zungenbeins etc. vorkommen könnten. Er berichtet danach über 5 Fälle von Fischgräten, die er selbst beobachtet. Nach seiner Ansicht kämen die Fälle so selten zur Beobachtung, weil der Mund, die Fauces und der Pharynx so wunderbar zweckmässige Organe seien. Ombani habe 14 noch saugende junge Thiere 127 Nadeln schlucken lassen, von denen 110, ohne Beschwerden zu machen, durch den Anus abgegangen seien. Nach Brechmitteln hätte Ombani allerdings eine Anzahl Nadeln gefunden, welche die Magenwand durchbohrten. Er geht dann auf die Theorie des Schluckens über und glaubt es dem Umstande, dass der Bissen von der Zunge eine Drehbewegung erhalte, und ausserdem der zufälligen Lage der spitzen Körper in dem Bissen zuschreiben zu müssen, dass die Gräten und Nadeln so oft in der Mandelgegend gefunden würden. Stuart und Mc Cormic hätten bei einem Patienten mit einer durch Operation entstandenen seitlichen Oeffnung im Pharynx beobachten können, dass sich die Epiglottis beim Schlucken nicht über den Larynx herunter legte, sondern gegen die Basis der Zunge aufgerichtet geblieben sei; geschluckte Austern seien über die laryngeale Fläche des Kehldeckels geglitten und an der Seite herausgekommen.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Ursachen der Einkeilung von Fremdkörpern, wie Fischgräten, Näh- und Stecknadeln und ähnlicher, sind nicht ursprünglich in dem Pharynx zu suchen. 2) Unter normalen Verhältnissen sind Zunge, Fauces und Schlund, so weit sie bei dem Schluckact in Betracht kommen, vollkommene Organe. 3) Die primäre und Hauptursache, weswegen Fischgräten und Nadeln im Halse gefangen werden, ist in dem Bissen selbst zu suchen, in der Lage des Fremdkörpers in demselben und nebenher noch in den Kräften, welche ihn nach dem Magen treiben. 4) Möglicherweise verlässt der Bissen die Zunge mit einer schraubenförmigen Bewegung und steigt so in den Schlund hinab. 5) Die Falk-Kronecker-Meltzer'sche Auffassung des Schluckacts kann zur Erklärung benutzt werden, wieso Fischgräten in dem Halse festgepackt werden; die Experimente der genannten Herren schliessen die Kreisbewegung als eine der den Bissen vorwärtstreibenden Kräfte nicht aus. 6) Der Kehldeckel ist ein indifferentes Organ, so weit es sich um den Schluckact handelt und ebenso für Fremdkörper.

Am Schlusse polemisirt Verf. gegen die in Deutschland noch verbreitete Ansicht, dass die Epiglottis den Schluckstrom nach den beiden Seiten ablenke und nur durch grosse Bissen hinuntergedrückt werden könne. Er führt speciell das Buch des Ref. an, der öfter Fremdkörper in der Gegend des Kehldeckels gefunden haben wolle; Verf. habe in der ganzen Literatur keine einschlagenden Fälle finden können. Ref. hat in den letzten 12 Jahren 51 Fälle von Kranken gesehen, welche mit Klagen über geschluckte Fremdkörper zu ihm kamen. Unter diesen waren 21 Fischgräten, 3 Borsten von Zahnbürsten, ein Stachel einer Preisselbeere, eine Granne einer Aehre und eine Nadel, also 27 spitze

Digitized by Google

lange Fremdkörper. Bei 20 Kranken konnte auch die genaueste Untersuchung, die Ref., wenn er den Körper sonst nicht zu finden vermag, immer auch noch mit dem Finger vervollständigt, das Vorhandensein eines Fremdkörpers nicht mehr nachweisen, trotzdem die Klagen noch sehr lebhaft empfundene waren. 25 dieser Fremdkörper fanden sich in den Mandeln und Umgebung, drei im Sinus pyriformis und drei in oder an der Epiglottis. M. Schm.

Soll man das Zungenbändchen durchschneiden? (Faut-il couper le frein de la langue?) Von Dr. Chervin. (Société d'Editions scientifiques und Revue de laryngologie et d'otologie No 23, 1894.)

Soll beim Neugeborenen nur ausgeführt werden, wenn das Kind nicht saugen kann; man soll sie nie ausführen, selbst wenn die Familie es verlangt, um Stottern oder Stummsein präventiv zu verhindern.

Dr. P. K.

Syphilis der Zungenmandel. (Syphilis de la tonsille linguale.) Von Dr. Schiffers. (Archives internationales de rhinologie, Juni 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Ein Schanker kann sich hier ausnahmsweise localisiren. Geschwür an der Zungenbasis, Schlingbeschwerden, indolente Drüsenschwellung am Unterkiefer, endlich Roseola, welche keinen Zweifel mehr übrig liess. Das Küssen muss hier als Ursache angesehen werden; hätte man hier den Schanker nicht gefunden, so wäre dieses Beispiel wieder eins von denen gewesen, wo man die Eingangspforte der Syphilis nicht entdeckt hätte. Dr. P. K.

Entzündungen des lymphatischen Mandelgewebes an der Zungenbasis: vierte Mandel, Zungenmandel. (Des affections inflammatoires des tissus glandulaires lymphatiques de la base de la langue: 4ième amygdale, amygdale linguale.) Von Dr. Simanovski. (Wratsch und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Diese Entzündungen sind, wenn man genau Acht giebt, viel häufiger, als allgemein angenommen wird. Verf. hat in sieben Jahren, als er seine Aufmerksamkeit darauf lenkte, 28 acute und 203 chronische Mandelentzündungen dieses Gewebes beobachtet. Verf. betont die durch das Ligamentum glossoepiglotticum medium, die in V gestellten Zungenpapillen, das kräftige Ligamentum hyoepiglotticum und die Ligamenta glossoepiglottica lateralia begrenzte, kaum 1,50 Ctm. messende Höhle, welche die hier auftretenden Eiterungen beschränken. Er beschreibt der Reihe nach die catarrhalische, die lacunäre, die folliculäre, die eiterige Entzündung nebst deren Behandlungsweise. Dr. P. K.

Störungen durch Hypertrophie der vierten Mandel bei einer Hysterischen hervorgebracht. (Des désordres produits par l'hypertrophie de la quatrième amygdale chez une hystérique.) Von Dr. Villecourt. (Gazette des hôpitaux 1894 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 23, 1894.)

Eine 30jähr. hysterische Frau bekommt plötzlich Dyspnoe mit Erstickungserscheinungen. Schlingbeschwerden, Schmerz in der Höhe des

Digitized by Google

rechten grossen Zungenbeinhornes, Gefühl eines Fremdkörpers im Halse. Gutes Allgemeinbefinden. Die Zungenmandel war nach rechts hypertrophisch geröthet. Dr. P. K.

Ein Fall von Sarcoma des Gaumens, erfolgreich mit Toxinen von Erysipelas behandelt. (A case of sarcoma of the palate successfully treated with the toxines of erysipelas.) Von Dr. Johnson, Paterson. (Medical Record, 17. November 1894.)

Patient von 16 Jahren, häufig an Tonsillenentzündungen erkrankt, bekam 6 Wochen vor der Untersuchung Schmerzen im Halse, Schluckbeschwerden, Dyspnoe. Inspection ergab durch die microscopische Untersuchung nachher bestätigte sarcomatöse Erkrankung des ganzen weichen Gaumens, der Gaumenbögen, Tonsillen, des harten Gaumens bis fast an die Schneidezähne, der Zungenbasis, Epiglottis und des oberen Theils des Larynx, ausserdem Betheiligung der Nackendrüsen.

Patient wurde mit subcutanen Injectionen der Culturen von Streptococcus erysipelatosus und Bacillus prodigiosus nach Coley's Methode behandelt. Beginnend mit 15 Tropfen der ersteren und bis 60 Tropfen steigend, wurden von letzterer 5 Tropfen injicirt, als die Dose der ersteren 35 erreicht hatte. Die Behandlung wurde mit geringen Unterbrechungen vom 31. October 1893 bis 1. Juni 1894 fortgesetzt, zu welcher Zeit Pat. sich sub- und objectiv wohl befand. Am 1. October 1894 zeigte sich vollständige Vernarbung, einzelne narbige Stränge, kein Recidiv.

G—n.

Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome. Von Dr. O. Chiari in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Die von Ch. untersuchten 16 Stimmbandgeschwülstchen bestanden nur aus denselben Geweben, wie das Stimmband; das Bindegewebe war nirgends in Form eines Knotens gegen die oberflächlichen Schichten des Tumors abgegrenzt; daher darf man sie nicht als Fibrome ansehen, sondern nur als umschriebene Hypertrophien aller oberflächlichen Schichten des Stimmbandes, also als Polypen im Sinne Eppinger's. Der Hauptantheil an dem Wachsthum der Polypen kommt der Stauung zu, die sich theils in Ausdehnung von Gefässen, theils in serösen Ergüssen, theils in Bildung von grossen Bindegewebsmaschenräumen, theils in Blutungen äussert. Wahrscheinlich, meint Ch., zeigen auch die meisten anderen ähnlichen Geschwülste der Stimmbänder gleichen Bau und Entwicklung, so dass man die meisten mit Recht als Stimmband-Hypertrophien und nicht als Fibrome bezeichnen sollte. Dafür spreche ihr ganzes klinisches Verhalten. Leugne er natürlich nicht das Vorkommen von Fibromen im Kehlkopfe, so dürften sie doch selten sein.

Beschorner.

Ueber Physiopathologie des Recurrens. (De la physiopathologie du recurrent.) Von Dr G. Masini. (Bollet. della R. accademia medica di Genova und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) im Recurrens befinden sich centripetale und centrifugale Fasern; 2) Reizung und Com-

Digitized by Google

pression des Recurrens bringen zuerst vermehrte Adduction der Stimmbänder und dann Contractur derselben hervor; 3) die Contractur ist die Folge der Contraction sämmtlicher endolaryngealen Muskeln, mit Einschluss der Abductoren; 4) die Abductoren sind theilweise unter dem directen Willenseinfluss. Dr. P. K.

Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. (Deux cas de surdite hystérique.) Von Dr. A. Cartaz. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 11, 1894.)

Nicht so selten, als früher allgemein angenommen wurde. Verf. erzählt einen Fall von traumatischem hysterischen Stummsein und einen zweiten Fall von hysterischem Blindtaubsein. Dr. P. K.

Einfluss der Ovariotomie auf die weibliche Stimme. (De l'influence de l'ovariotomie sur la voix de la femme.) Von Dr. E. J. Moure. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1894.)

Bisher wenig berücksichtigt; meist nur an der Singstimme bemerkbar, und dann noch nicht immer; nur bei jugendlichen Individuen bemerkbar. Im Allgemeinen sinkt die Stimme nach der Castration der jungen Frau, während beim jungen Manne nach der Castration die Stimme höher wird. Verf. erzählt zwei Krankengeschichten. Dr. P. K.

Ueber Laryngitis fibrinosa. (De la laryngite fibrineuse.) Von Dr. Schech. (Deutsche med. Wochenschrift und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Auf das linke wahre Stimmband und den entsprechenden Morgagni'schen Ventrikel beschränkt; characteristischer Abguss des Ventrikels und des falschen Stimmbandes, welcher alle drei Tage ausgeworfen wurde. Localbehandlung liess im Stiche, bis 10procentige Höllensteinlösung angewandt wurde; das linke wahre Stimmband blieb noch eine Zeit lang schwer beweglich. Dr. P. K.

Angina pseudomembranacea mit Streptococcen und Orchitis bei Varicella. (Angine pseudomembraneuse à streptocoques et orchite dans la varicelle.) Von Dr. J. Girode. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, August 1893 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Gewöhnlich kommen im Munde nur an der Zunge und am harten Gaumen Varicellabläschen vor; hier war von Anfang an tiefe Abgeschlagenheit, welche auf eine ernstere Infection schliessen liess, noch ehe die Varicella auf der Haut erschienen war; die Pseudomembranen mit einer nachfolgenden Orchitis bildeten das Hauptkrankheitsbild; die Krankheit dauerte 6 Wochen. Die gleich am ersten Tage angestellte bacteriologische Untersuchung ergab fast reine Streptococcenculturen von sehr grosser Virulenz; Klebs-Löffler'sche Bacillen waren nicht zu finden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Lähmung nach einer pseudomembranösen Angina, welche bacteriologisch als nicht diphtheritisch erkannt war. (Paralysie consécutive à une angine pseudomembraneuse reconnue non diphtéritique à l'examen bactériologique.) Von Dr. Proust. (Académie de médecine de Paris, Séance du 18 Décembre 1894 und Semaine médicale No 70, 1894.)

Ein 7jähr. Knabe litt zwei Wochen an Angina pseudomembranacea, bekam nach zwei Wochen nächtliche Aufregung, Zähneknirschen, Strabismus convergens, Gaumenlähmung und unvollständige Lähmung der Beine; keine Sensibilitätsstörung und keine Muskelatrophie. Heilung nach einem Monat. Die bacteriologische Untersuchung hatte keine Löffler'schen Bacillen, sondern blos Streptococcen ergeben. Die das Kind pflegende Mutter bekam dieselbe pseudomembranöse Angina mit demselben bacteriologischen Befund. Eine den Löffler'schen Bacillus nicht enthaltende Angina kann also sogenannte diphtheritische Lähmungen hervorrufen.

Dr. P. K.

Beitrag zur Aetiologie der sogenannten Angina follicularis. (Contribution à l'étiologie de la soidisant angine folliculaire.) Von Dr. Sendziak. (Gazeta Lekarska No. 31, 1894 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 23, 1894.)

Verf. kommt nach seinen klinischen und bacteriologischen Versuchen zu dem Schlusse, dass die Angina follicularis ätiologisch ein für sich unabhängiger Process ist, ohne jede Verwandtschaft mit Diphtherie; sie ist contagiös, wir kennen aber bis jetzt leider das specifische Agens nicht.

Dr. P. K.

Behandlung der Diphtheritis mittelst der Serumtherapie im Hospital Trousseau. (Traitement de la diphtérie par la sérothérapie à l'hôpital Trousseau.) Von Dr. Le Gendre. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 14 Decembre 1894 und Semaine médicale No. 70, 1894.)

Die Todesfälle betrugen nur mehr 11,1 pCt.; man soll dabei die Tracheotomie im Princip nicht verwerfen, da selbe bei der Serumbehandlung eine viel leichtere Operation ist. Die unangenehmen Nebenwirkungen hängen von dem Pferde ab, von welchem das Serum herrührt. Das Serum verhindert nicht in allen Fällen die bei Diphtheritis eintretenden Folgezustände. Präventiv soll das Serum nicht eingespritzt werden; es soll nur bei gestellter bacteriologischer Diagnose angewandt werden. Im Hôpital des enfants malades war die Sterblichkeitsziffer nur mehr 11,57 pCt.; rechnet man die Fälle ab, wo der Tod vor Ablauf der ersten 24 Stunden des Spitalaufenthaltes eintrat, so bleiben nur mehr 8 pCt. Todesfälle.

Im Institut Pasteur hat man beschlossen, das von den verschiedenen Pferden herrührende Serum zu mischen, um so eine gleichartige Flüssigkeit zu erhalten.

Dr. P. K.

Fall von Diphtherie mit Antitoxin behandelt. (Case of diphteria treated with Antitoxin.) Von A. Macgregor, M. D., Aberdeen. (Lancet, 3. Nov. 1894.)

Der Fall betraf einen 10jährigen Knaben, wurde mit Schering's Antitoxin behandelt und heilte.

M. Schm.

Digitized by Google

Pachydermia laryngis, ihre Geschichte, pathologische Anatomie und Pathologie. Von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Virchow versteht, nach seinem im Jahre 1887 in der Berl. med. Gesellschaft gehaltenen Vortrage, unter Pachydermia laryngis zweierlei Zustände: Der eine ist umschrieben und führt zur Geschwulstbildung (Pachydermia verrucosa), gemeinhin von den Laryngologen Papilloma laryngis genannt, der andere wird als Pachydermia diffusa bezeichnet. Die letztere, und nur von dieser Form spricht F. in vorliegender Arbeit, beginnt mehr in dem oberflächlichen Bindegewebe der Mucosa, als mächtige Hyperplasie derselben, während das Epithel sich verdickt und in seinen oberflächlichen Schichten verhornt zeigt. Diese Verhornung findet sich nicht nur an den Theilen, welche normaler Weise Plattenepithel tragen, sondern auch an dem Cylinderepithel. Durch all' dies unterscheidet sich der Zustand sehr wesentlich vom blossen chronischen Catarrh. Um Carcinom aber, das allein beziehentlich der Aehnlichkeit in Frage kommen könnte, von der Pachydermie anatomisch zu trennen, wird es immer darauf ankommen, die fortbestehende Grenze zwischen Bindegewebe und Epithel festzustellen, und wird man bei einiger Uebung auch die in Bezug auf die Formen des Epithels immer typischen Zapfen der Pachydermie von dem atypischen Zapfen des Carcinoms zu unterscheiden wissen. Weiter spricht sich F. über den schalenförmigen Wulst und dessen characteristische Delle aus, von der er, abweichend von Virchow, glaubt, dass dieselbe den Abdruck des Wulstes der anderen Seite darstellt, eine Annahme, die durch klinische Beobachtungen auch von Anderen (Réthi, Krieg etc.) in ihrer Richtigkeit bestätigt wird. Als Complicationen nennt F. den sogen. Prolapsus ventriculi, Geschwüre, Risse und Sprünge an der hinteren Kehlkopfwand, Ulcerationen am Processus und Perichondritis arytaenoidea. „Die Pachydermie — schliesst F. — stellt sich uns als ein Zustand vor Augen, welcher anatomisch wohl gekennzeichnet, trotz der Verschiedenartigkeit seiner Aetiologie das Interesse auch des Klinikers in hohem Grade in Anspruch nimmt."

Beschorner.

Pachydermia laryngis, ihre klinische Bedeutung, Eintheilung und Therapie. Von Dr. Ottok. Chiari in Wien. (Archiv f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Auch Ch. spricht, gleich Fränkel (s. obiges Referat), nur von der Pachydermia diffusa, die er in die primäre, typische oder idiopathische einerseits und in die secundäre, symptomatische oder accessorische andrerseits eintheilt. Die erstere tritt in der von Virchow geschilderten Erscheinungsweise, gewöhnlich am Processus vocal., seltener an der Interarytänoidealfalte auf und wird macroscopisch durch die Wulstbildung an jenem so deutlich characterisirt, dass ihre Diagnose leicht ist. Histologisch kennzeichnet sie sich durch Verdickung des Epithels mit Zapfenbildung, mit oder ohne stärkerer Betheiligung des darunterliegenden Bindegewebes, als Folge specifischer Reize, z. B. bei Tuberculose, Syphilis, Typhus, Carcinom etc. — Hierauf geht Ch. zur Besprechung der Therapie über, wobei er hervorhebt, dass, da der Name Pachydermie nur ein Symptom, nicht eine Krankheit für sich bezeichne, die Behandlung

Digitized by Google

jener identisch sei mit der Behandlung der Epithelialverdickungen des Kehlkopfs überhaupt, seien sie nun dünn oder dick, mit oder ohne Betheiligung des Bindegewebes verlaufend, durch Catarrh oder andere Reize bedingt. 1) Als leichteste Form der Verdickung des Epithels nennt er die Trübung oder weissliche Verdickung der Stimmbänder oder der Plica interarytänoidea: Pinselungen mit Lapislösung oder Jodglycerin. 2) Die Sängerknötchen, Verdickungen des Epithels ohne oder mit Betheiligung des Bindegewebes. — Diätetisches Verhalten. Lapis infern. Operation. 3) Die typische reine Pachyderm. diffusa an den Proc. vocales: Prophylaxe. Diät. Schwefelwässer, Jodkalium, Inhalation von 2- bis 3procentiger Essigsäure oder physiolog. Kochsalzlösung. Bepinselung mit Kali caustic., Jodglycerin, Lugol'scher Lösung; Aetzung mit Lapis infernal.; Operation mittelst Galvanocaustik, Electrolyse oder schneidenden Instrumenten. 4) Pachyderm. laryng. idiopathic. der Plica interarytänoidea mit oder ohne gleichzeitige Localisation an den Processus vocales oder sogar an den ganzen Stimmbändern (nur ganz selten beobachtet). Exstirpation. 5) Pachyderm. accessoria, hervorgerufen durch specifische Reize, als besonders Tuberculose, Syphilis, Lupus etc. Bei beträchtlichen Stimm- oder Athemstörungen: Operatives Vorgehen. Beziehentlich der localen operativen Behandlung bei tuberculösen Geschwüren und bei pachydermischen Infiltraten tuberculöser Natur giebt Ch. folgende Indicationen: 1) wenn Athemnoth besteht und wenn sich die Stenose voraussichtlich leicht durch endolaryngeale Eingriffe beseitigen lässt (sonst Tracheotomie); 2) wenn Schlingbeschwerden und Heiserkeit durch leicht zu entfernende Wucherungen veranlasst werden und der Allgemeinzustand nicht zu schlecht ist; 3) wenn sich die Tuberculose des Kehlkopfes bei gutem Allgemeinbefinden in Form von Infiltraten umschriebener Art äussert, die voraussichtlich völlig entfernt werden können. Schliesslich empfiehlt Ch., den Namen Pachydermia diffusa als klinische Diagnose nicht zu verwenden, da man jetzt schon, und mit Recht, die verschiedensten, schon längst bekannten Zustände mit diesem Namen bezeichnet. Sie bekamen nur jetzt einen gemeinsamen Namen, so dass die Gefahr nahe liegt, man möchte sie alle als eine in sich abgeschlossene Krankheit betrachten, während sie doch nur das gemeinsam haben, dass bei ihnen Epithelverdickung in Folge chronischer Reize besteht.

Beschorner.

Nachtrag zu dem Aufsatz über den Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels im ersten Bande des Archivs für Laryngologie, Seite 369. Von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Archiv für Laryngologie, Bd. II, Heft 1, 1894.)

Fall von Maxim. Bresgen betreffend, welcher in der Monatsschr. für Ohrenheilk. etc. 1882, No. 4, unter der Ueberschrift: „Quetschung des Kehlkopfs mit Zerreissung und Vorfall der Ventrikelschleimhaut und Fractur der entsprechenden Schildknorpelplatte" veröffentlicht wurde. F. kann sich zwar nicht davon überzeugen, dass ein Prolaps. ventriculi vorgelegen hat, giebt aber zu, dass auch durch ein Trauma Zustände hervorgerufen werden können, die an den Prolaps erinnern.

Beschorner.

Digitized by Google

Acutes primäres infectiöses Oedem des Larynx. (Des oedèmes aigues primitifs et infectieux du larynx.) Von Dr. F. Barjon. (Gazette des hôpitaux, 10. Mai 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Man findet in solchen Fällen immer Streptococcen und Pneumococcen, was auf Infection hindeutet. Kälte und Trauma sind nur zufällige Ursachen. Man unterscheidet die seröse und die phlegmonöse Form. Allgemeine und locale Symptome. Das Laryngoscop allein giebt Aufschluss über das Leiden. Behandlung: die gewöhnliche. Dr. P. K.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Kehlkopflepra. Von Dr. P. Bergengrün in Riga. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Beschreibung und Abbildung von neun Kehlkopfleprafällen, die übereinstimmend erkennen lassen, dass 1) stets die Epiglottis am leprösen Processe mitbetheiligt ist. Ihr Integument zeigt sich, durchweg verdickt, knotig verändert, sie liegt stark nach hinten über und ist seitlich mehr oder weniger comprimirt; — dass 2) eine beträchtliche Verdickung der Epiglottisschleimhaut gefunden wird, welche auch an denjenigen Stellen deutlich ausgeprägt erscheint, an denen eigentliche Knotenbildung nicht vorhanden ist; — dass 3) die Taschen- und Stimmbänder ausnahmslos erkrankt sind, meist ausgesprochene Knotenbildung zeigen oder doch wenigstens mehr oder weniger starke, meist sehr erhebliche Schwellung, die sich speciell an den Stimmbändern in der Pars processus vocalis deutlich wahrnehmen lässt; dass 4) die subchordale Schleimhaut durchweg diffus verdickt erscheint und nur hin und wieder flachknotige Auftreibungen erkennen lässt, und dass 5) sehr constant ein starkes Klaffen der Schleimdrüsenausführungsgänge und stärkere Anschwellung und Verdickung der sie direct umgebenden Gewebspartien angetroffen wird. — Der Knorpel erwies sich macroscopisch stets als intact; das Perichondrium hingegen in einzelnen Fällen eminent verdickt. Perichondritische Reizung war immer zu constatiren. Beschorner.

Spontane Heilung eines Falles von ulceröser tuberculöser Laryngitis. (Cas de guérison spontanée d'une laryngite tuberculeuse ulcérative.) Von Dr. A. P. Grayson. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1894 und Med. News 1894, 4. November.)

Lungeninfiltration und Tuberkelbacillen im Auswurf. Der Larynx heilte von selbst durch absolute Ruhe, ohne Localbehandlung.

Dr. P. K.

Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkopfentzündung. (Laryngitis chronica hypertrophica.) Von Dr. A. Sokolowski in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Sechs genau beobachtete Fälle, aus deren klinischem und anatomisch-pathologischem Verhalten S. folgende Schlüsse zieht: 1) die sog. hypertrophische subchordale Kehlkopfentzündung ist in unserem Lande ein verhältnissmässig ziemlich seltener Process, welcher meist bei der Landbevölkerung auftritt; 2) ein klinischer Zusammenhang mit der sogen.

Digitized by Google

Blenorrhoea Stoerkii konnte nicht festgestellt werden; 3) in der Mehrzahl der Fälle wurde in der Anamnese Typhus angegeben und scheint letzterer, in Uebereinstimmung mit den Beobachtungen anderer Autoren, eine gewisse ätiologische Rolle zu spielen; 4) vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus ist der Process als eine chronische hypertrophische Entzündung, die unter Bildung eines Narbengewebes endet, anzusehen. In einer gewissen Gruppe der Fälle ist als Entzündungserreger der specifische Bacillus rhinoscleromatis anzunehmen; 5) als die einzig richtige Therapie ist die so früh wie möglich ausgeführte Laryngofissur mit tiefer Excision der gewucherten Kehlkopfabschnitte zu betrachten.

Beschorner.

Einige Bemerkungen über die chronische Laryngitis sicca. (Quelques considérations sur la laryngite chronique sèche.) Von Dr. Lacoarret. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 23, 1894.)

Als characteristische Symptome gelten Entzündung nebst Atrophie der Mucosa, Bildung und Eintrocknen fester adhärenter Secretionen. Bisher nicht genügend beobachtet. Immer mit Rhinopharyngitis sicca verbunden, trotz der entgegengesetzten Behauptung Gottstein's. Meistens bei Köchinnen und Kohlenarbeitern beobachtet. Verf. erzählt die Krankengeschichte, eine 23jährige Lehrerin betreffend, welche beweist, dass man immer den Nasenrachenraum untersuchen soll, wo man auch immer dieselbe Affection findet. Die functionellen Symptome bestehen natürlich in Stimmveränderung, in Aphonie, in Husten, in spärlichen Sputis, welche blutig sein können, in wahrem Blutspeien; sieht dabei der Patient zufällig etwas abgemagert aus, so wird eine latente Tuberculose diagnosticirt, der Patient wird nach französischer Mode in eine Schwefeltherme geschickt, aus welcher er natürlich gebessert oder gar geheilt zurückkehrt; solche Fälle machen und machten die Schwefelthermen berühmt, während selbe bei wahrer Tuberculose mehr schaden als nützen.

Dr. P. K.

Moderne Behandlung der Larynx- und Lungentuberculose. (Modern treatment of laryngeal and pulmonary tuberculosis.) Von Dr. J. W. Gleitsmann, New-York, und Dr. Carl von Ruck, Asteville. (Medical Record, 6. April 1895.)

Gleitsmann spricht über die Behandlung der Larynx- und klimatologische Behandlung der Lungentuberculose, Ruck über allgemeine und specifische Behandlung der letzteren.

Der Erstere macht in einem kurzen, historischen Rückblick auf den Fortschritt aufmerksam, der durch die Adoption der roborirenden gegenüber der früheren passiven Methode erreicht wurde und erwähnt Brehmer als deren Gründer. Für locale Behandlung werden ausser Sprays und Pulvereinblasungen vornehmlich die Milchsäure für Ulcerationen und submucöse Injectionen derselben für tuberculöse Infiltrate empfohlen. Die chirurgische Behandlung besteht in Incision, Curettement und Excision, für welche die Krause-Heryng'schen Instrumente am geeignetsten sind. Bei einer bis vor Kurzem noch für unheilbar gehaltenen Krankheit sind die Resultate Heryng's von 13½ pCt. Heilungen ermuthigend, und wird auch ein geheilter Fall des Autors erwähnt. Die

Digitized by Google

klimatische Frage ist kurz abgehandelt, und wird auf die mit den verschiedenartigsten Klimaten ausgestatteten Orte und auf die Wichtigkeit einer sorgfältigen Auswahl des Curorts für den jeweiligen Fall hingewiesen.

Ruck giebt seine langjährigen Erfahrungen über die allgemeine Behandlung von Schwindsüchtigen, setzt seine sorgfältige Eruirung nicht blos des localen, sondern auch des Allgemeinzustandes des Patienten bei der Aufnahme auseinander und betont die Nothwendigkeit, den Ernährungszustand des Patienten immer auf dem besten Niveau zu erhalten. Er zeigt, wie wichtig es ist, Patienten jeder Zeit überwachen zu können, um einerseits Fieber, Blutungen, Verdauungsstörungen, andererseits Bewegung, Nahrung, Bäder etc. reguliren zu können.

Er spricht des Weiteren über Antiphthisin und sagt, dass er es jetzt in nahezu 100 Fällen mit gutem Erfolg gegeben und besonders in den gefährlichen Fällen von acuter Tuberculose — vier an der Zahl — mit ausgezeichnetem Resultate angewendet habe. G—n.

Wirkung des Toxins des Staphylococcus pyogenus aureus auf das Kaninchen und dessen secundäre Infectionen. (De l'action de la toxine du staphylocoque pyogène doré sur le lapin et des infections secondaires qu'elle détermine.) Von Dr. Mosny und Dr. Marcano. (Académie des sciences de Paris, Séance du 26 Novembre 1894 und Semaine médicale No. 67, 1894.)

Die intravenöse Einspritzung hoher Dosen (10 Cubikcentimeter) filtrirter Culturflüssigkeit von Staphylococcus pyogenus aureus tödtet das Versuchsthier in einigen Secunden, während relativ kleine Dosen (1 bis 2 Cubikcentimeter) das Thier nicht tödten; das Kaninchen wird rasch wieder gesund, aber es magert allmählig ab und verliert in 4—5 Wochen ein Viertel seines Gewichtes; es ist nicht gegen die Einwirkung des lebendigen Staphylococcus geimpft; im Gegentheil, es ist empfänglicher dafür. Impft man nun ein solches Thier nicht weiter, so entstehen nach 5 Wochen profuse Diarrhöen, die Temperatur sinkt unter die Norm und das Thier stirbt nach etwa 5 Tagen; die Section zeigt constant dasselbe Ergebniss: kleine Abscesse in der Darmwand, namentlich im Dickdarm, Schwellung und Eiterung der Lumbaldrüsen, Peritonitis der Beckenserosa und oft des ganzen Unterleibes; nie gehen diese Läsionen über den Unterleib hinaus, die bacteriologische Untersuchung des Eiters ergiebt nie die Gegenwart des Staphylococcus aureus; diese Thatsache ist nicht überraschend, da nur filtrirte Culturen inoculirt wurden und mithin kein lebender Microb vorhanden sein konnte. Andererseits aber waren constant zwei andere Microben vorhanden, welche man aber auch immer in den Eingeweiden der Kaninchen findet.

Das Ganze der Experimente beweist, dass das Einführen eines Toxins in den Organismus, ohne eine augenblickliche Gefahr hervorzubringen, in späteren Zeiten den Tod der Thiere durch Eiterung hervorbringen kann; diese Eiterungen entstehen durch den Austritt der Microben aus dem Darm, in welchem sie normaler Weise sich befanden. Das Einimpfen von antitoxischem Serum, welches von Thieren, die gegen den Staphylococcus oder seine Toxine immunisirt sind, entnommen ist, gestattet, das betreffende Thier gegen die directen Schädlichkeiten des

Digitized by Google

Staphylococcus und seine Toxine zu immunisiren, es beschützt aber das Thier nicht gegen die später eintretenden Infectionen. Die menschliche Pathologie zeigt zahlreiche Beispiele dieser krankhaften Anlagen des Organismus, welche durch vorherige Infection geschaffen worden sind; sie zeigt oft die Transformirung gutartiger einheimischer Microorganismen in pathogene. Dr. P. K.

Verengerung der Speiseröhre in Folge von Verätzung mit Alcohol. Von Dr. Weljaminoff. (Wratsch No. 5, 1895.)

Im betreffenden Falle wurde zunächst, da die Speiseröhre noch durchgängig war, von oben bougirt. In Folge von fortschreitender Cachexie wurde eine Magenfistel angelegt und von derselben aus bougirt. Pat. starb jedoch in Folge (wie die Section nachwies) von Perforation einer oberhalb der Strictur gelegenen Erweiterung der Speiseröhre. Verfasser empfiehlt daher, die Anlegung der Magenfistel frühzeitig (nicht als ultimum refugium) anzuwenden und sich der gefährlichen Bougirung von oben lieber ganz zu enthalten. Gorodecki.

Perforation der Speiseröhre mit Arrosion eines Zweiges der Arteria pulmonalis in Folge Steckenbleibens eines Knochens in der Speiseröhre. Von A. Kowalski. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 1, 1895.)

Der Titel sagt Alles. Der Tod erfolgte am 12. Tage nach Verschlingen des Knochens. Die Blutung erfolgte in den Magen.
Gorodecki.

Ueber eine neue electrische Untersuchungslampe. Von Dr. E. Winckler in Bremen. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Während bisher zu laryngo-rhinoscopischen Untersuchungen nur Glühlampen benutzt wurden, verwendet W. bei seinem neuen Apparate das Bogenlicht zu 200 Normalkerzen. Derselbe besteht aus einer durch den Reostaten regulirbaren Bogenlampe, einem Metallcylinder mit Linse und Hebevorrichtung der Bogenlampe und einem verstellbaren Stativ mit Scheibengelenk. Solchen, die Anschluss an eine electrische Centralstelle haben, ist der Apparat (zu beziehen durch Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen) zur Prüfung anzuempfehlen. Beschorner.

Eingesendet.

Löbliche Redaction!

Es wurde mir soeben eine Nummer der Wiener klin. Wochenschrift (1894, No. 1) zugeschickt, in welcher ein Vortrag des Herrn Professor Urbantschitsch „Ueber den Werth acustischer Uebungen an Taubstummen, auch in Fällen von anscheinend vollständiger Taubheit“ veröffentlicht ist. In dieser Abhandlung finde ich folgende Bemerkungen:

„Im Anschlusse an diese Mittheilung über die an Taubstummen vorgenommenen acustischen Uebungen erlaube ich mir noch in Kurzem zu bemerken, dass sich die Hörübungen auch in anderen Fällen von erworbener hochgradiger Schwerhörigkeit nützlich erweisen können. Einem Schwerhörigen ist stets zu empfehlen, dem schwerhörigen Ohre häufige

Digitized by Google

acustische Anregungen zu geben, um die darniederliegende Thätigkeit des acustischen Organes zu heben, anstatt, wie dies gewöhnlich geschieht bei einseitiger oder verschiedengradiger Schwerhörigkeit nur das gesunde oder besserhörende Ohr zum Hören zu verwenden oder ferner bei beiderseitiger bedeutender Schwerhörigkeit immer weniger Schalleinwirkung den Ohren zuzuführen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass in manchen Fällen von hochgradiger Schwerhörigkeit die Inactivität des Hörsinnes eine nicht unbedeutende Rolle spielt. (Es folgt ein Beispiel.) Ich glaube diese Beobachtung wohl auf eine Inactivität des Hörsinnes beziehen zu können, wie ja ähnliche Beobachtungen betreffs der Bedeutung einer Inactivität des Gesichtssinnes seit Langem bekannt sind."

Von diesen im Vortrage nur eingestreuten Bemerkungen habe ich erst heute Kenntniss erhalten und erlaube mir an eine löbliche Redaction die Bitte zu richten, diese Thatsache im Anschlusse an meine Abhandlung „Ueber den Ausfall der Gehörsperception auf einem Ohre" (Mai 1895) gefälligst veröffentlichen zu wollen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Wien, 15. Juni 1895. Dr. Ferdinand Alt.

Correctur.

In der letzten Nummer dieser Monatschrift (Mai-Nummer) soll es S. 180, Zeile 11 von oben, heissen statt „seine Verbindungsfäden" jene Verbindungsfäden.

INHALT.

I. Originalien: Gruber: Ueber Morbus Ménièrei. — Biehl: Zur Pathologie der „blutenden Septumpolypen". — Krebs: Ueber Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica. — Ziem: Ein Fall von vorübergehender Aphasie nach Scharlach-Diphtheritis. — Oesterreichische otologische Gesellschaft. — II. Referate: a) Rhinologische: Fischenich: Ueber das Hämatom und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand. — Kuttner: Die sogenannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand. — Aronsohn: Versuch einer Nomenclatur der Geruchsqualitäten. — Kijewski und Wróblewski: Zur Operationsfrage der Nasenrachentumoren. — b) Pharyngo-laryngologische: Freudenthal: Ueber rheumatische und verwandte Affectionen des Pharynx, Larynx und der Nase. — Rupp: Fischgräten in dem Halse und was sie für den Schluckact lehren. — Chervin: Soll man das Zungenbändchen durchschneiden? — Schiffers: Syphilis der Zungenmandel. — Simanovski: Entzündungen des lymphatischen Mandelgewebes an der Zungenbasis. — Villecourt: Störungen durch Hypertrophie der vierten Mandel bei einer Hysterischen hervorgebracht. — Johnson: Ein Fall von Sarcoma des Gaumens, erfolgreich mit Toxinen von Erysipelas behandelt. — Chiari: Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogen. Stimmbandfibrome. — Masini: Ueber Physiopathologie des Recurrens. — Cartaz: Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. — Moure: Einfluss der Ovariotomie auf die weibliche Stimme. — Schech: Ueber Laryngitis fibrinosa. — Girode: Angina pseudomembranacea mit Streptococcen und Orchitis bei Varicella. — Proust: Lähmung nach einer pseudomembranösen Angina, welche bacteriologisch als nicht diphtheritisch erkannt war. — Sendziak: Beitrag zur Aetiologie der sogen. Angina follicularis. — Le Gendre: Behandlung der Diphtheritis mittelst der Serumtherapie im Hospital Trousseau. — Macgregor: Fall von Diphtherie mit Antitoxin behandelt. — Fränkel: Pachydermia laryngis, ihre Geschichte, pathologische Anatomie und Pathologie. — Chiari: Pachydermia laryngis, ihre klinische Bedeutung, Eintheilung und Therapie. — Fränkel: Nachtrag zu dem Aufsatz über den Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels. — Barjou: Acutes primäres infectiöses Oedem des Larynx. — Bergengrün: Ein Beitrag zur Kenntniss der Kehlkopflepra. — Grayson: Spontane Heilung eines Falles von ulceröser tuberculöser Laryngitis. — Sokolowski: Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkopfentzündung. — Lacoarret: Einige Bemerkungen über die chronische Laryngitis sicca. — Gleitsmann und von Ruck: Moderne Behandlung der Larynx- und Lungentuberculose — Mosny und Marcano: Wirkung des Toxins des Staphylococcus pyogenus aureus auf das Kaninchen und dessen secundäre Infectionen. — Weljaminoff: Verengerung der Speiseröhre in Folge von Verätzung mit Alcohol. — Kowalski: Perforation der Speiseröhre mit Arrosion eines Zweiges der Arteria pulmonalis in Folge Steckenbleibens eines Knochens in der Speiseröhre. — Winckler: Ueber eine neue electrische Untersuchungslampe. — Eingesendet.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, Juli 1895.** **No. 7.**

I. Originalien.

Beitrag zur Casuistik und Aetiologie des Carcinoms des Gehörorgans.

Von

Dr. **Fritz Danziger**, Beuthen O.-S.

Im 24. Bande des Archivs für Ohrenheilkunde hat Kretschmann eine Zusammenstellung der bis dahin veröffentlichten Fälle von Carcinom des Schläfenbeins — 16 an der Zahl — gegeben und dabei ein vollständiges Bild der klinischen und anatomischen Erscheinungen der Neubildung entworfen. Diese malignen Neubildungen sind selten, falls wir nicht mit Schwartze der Ansicht sind, „dass das Leiden jedenfalls häufiger, wie bisher angenommen, vorkommt, aber in seiner wahren Natur nicht richtig erkannt und fälschlich für Caries necrotica gehalten wird". Das Ohr gehört zu denjenigen Organen, welche sich durch geringe Disposition bemerkenswerth auszeichnen, die nur erhöht wird durch langjährige chronische Reize, welche auf das Organ einwirken. In den 16 Fällen Kretschmann's bestand 11 Mal seit frühester Kindheit Ohreiterung; diesen 11 Fällen reiht sich ein von mir beobachteter als zwölfter an.

Digitized by Google

Johanna K. aus Gl. ist 54 Jahre alt; in ihrer Familie hat kein Angehöriger an malignen Tumoren gelitten. Im zehnten Lebensjahre machte sie eine fieberhafte, mit Ausschlag einhergehende Krankheit (Scharlach) durch, nach welcher beiderseits Ohrenlaufen auftrat. Theils Indolenz, theils der hier sehr verbreitete Volksglauben, dass durch das Ohrenlaufen „die schlechten Säfte dem Körper entzogen würden", bewirkten, dass keinerlei therapeutische Maassregeln getroffen wurden, trotzdem die Schwerhörigkeit von Jahr zu Jahr zunahm. Im März 95 traten starke Schmerzen im linken Ohre auf, die nach dem Scheitel und Hinterkopf ausstrahlten, wozu sich ein lästiges Gefühl von Völle im linken Ohr gesellte. Anfang April suchte Patientin meine Sprechstunde auf. Die Untersuchung ergab nach Ausspritzen eines äusserst fötiden Eiters aus beiden Gehörgängen:

Rechts: Fast völliger Verlust des Trommelfells bis auf den oberen Rand, Hammer nicht vorhanden, Paukenhöhle stark granulirend, die Wände überall cariös. Das Gehör nur laute Stimme am Ohr; die Stimmgabeln C, C^1, C^2 der Hartmann'schen Reihe werden per Luftleitung gar nicht gehört, C^3, C^4 nur bei sehr starkem Anschlage.

Links: Etwa 1 Ctm. von der Oeffnung befindet sich ein den ganzen Gehörgang obturirender Tumor von weisslichrother Farbe, dessen Oberfläche ulcerirt ist und der bei jeder Sondenberührung sofort durch Bluten reagirt. Die Sondenuntersuchung ergiebt, dass der Tumor der hinteren Gehörgangswand breitbasig aufsitzt. Nach Abtragung und Entfernung desselben aber zeigt sich, dass die Massen die Paukenhöhle vollständig ausfüllen. Von Trommelfell und Gehörknöchelchen ist natürlich nichts wahrzunehmen. Die Untersuchung mit der Sonde, die trotz Cocain sehr schmerzhaft ist, ergiebt überall cariösen Knochen und weiche Granulationen, durch welche die Sonde leicht eindringt. Der Warzenfortsatz ist nicht empfindlich, vor und hinter der Spitze desselben sind erbsengrosse Drüsen deutlich fühlbar, die Gegend darunter teigig geschwollen. Die postrhinoscopische Untersuchung zeigt auf der linken Tubenöffnung Eiter. Auf Befragen erklärt Patientin, namentlich des Morgens übelriechenden Eiter durch Räuspern aus dem Rachen entleeren zu müssen.

Das Gehör ist merkwürdiger Weise besser, als rechts. Flüsterstimme wird am Ohr gehört, Stimmgabeln C—C^4 werden wahrgenommen, wenn auch um $^1/_2$ herabgesetzt.

Der auffällige Befund veranlasste mich, aus den entfernten Tumormassen sofort ein Zupfpräparat zu untersuchen, das deutliche Krebsnester erkennen liess. Das gehärtete Präparat ergab einen Tumor, der aus spärlichem alveolären Bindegewebsstruma besteht, dessen Zwischenräume zum grossen Theil mit typischen Nestern aus grossen Plattenepithelien ausgefüllt sind, welche vielfach Verhornung zeigen; kleine Rundzellen füllen die übrigen Räume aus. Mein früherer Chef, Herr Dr. B. Baginsky, hatte die Güte, ein eingesandtes Stück des Tumors zu untersuchen und meine Diagnose zu bestätigen.

Patientin lehnte nach Auskratzen des Tumors jede weitere Behandlung ab. Nach 8 Tagen war bereits der Gehörgang wie früher ausgefüllt, die Beschwerden dieselben. Nach 6 Wochen entzog sich Pat. der Beobachtung; die Drüsen waren vergrössert, der Gehörgang zeigte einen grossen ulcerirten Tumor.

Digitized by Google

Weiterhin erwähnt Lemcke im 36. Bande des Archivs für Ohrenheilkunde in dem Bericht über die Thätigkeit der Ohren-Poliklinik in Rostock ein rechtsseitiges Epithelialcarcinom, von dem in ätiologischer Beziehung erwähnenswerth ist, dass Patient an Otorrhoe aus dem Ohr gelitten hatte, so lange er denken konnte und dass mehrfach Polypen entfernt worden waren. Das Trommelfell fehlte ganz; an der Innenwand des Mittelohres liegt der Knochen bloss; Patient ist gehörlos und leidet an häufigen Schwindelanfällen. Die benachbarten Drüsen sind wenig geschwollen. Der Tod erfolgte nach 3½ Monaten. Kein Sectionsbefund.

In drei anderen Fällen, welche ich in der Literatur gefunden habe, war vor der Erkrankung Ohreiterung nicht vorhanden. Haug beschreibt im 36. Bande des Archivs für Ohrenheilkunde ein Adeno-Carcinom der Ohrschweissdrüsen rechts. Pat. hatte eine kleine Geschwulst im rechten Gehörgang, welche er bei Gelegenheit der Reinigung des Ohres bemerkte. Sie sitzt in der Mitte des knorpligen Theiles an der unteren Wand. Ein Befund des Trommelfelles fehlt, ebenso die Gehörprüfung, weshalb wir wohl keine anormalen Verhältnisse anzunehmen berechtigt sind.

Denker-Hagen veröffentlicht im XXVI. Bande der Zeitschrift für Ohrenheilkunde ebenfalls ein Carcinom des linken Gehörganges, das nach ausgiebiger Entfernung geheilt wurde, ohne dass das Mittelohr ergriffen wurde. Den Fall stellte Denker zugleich in der III. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft vor. In der Discussion berichtet Lemcke-Rostock über einen vor fünf Jahren beobachteten Fall, in welchem an der unteren Fläche des äusseren Gehörgangs links ein gut erbsengrosser, oberflächlich ulcerirender Tumor bestand, der sich bei der microscopischen Untersuchung als Carcinom erwies. Nach Operation Heilung, welche bis dato bestand.

In Bezug auf die klinischen und anatomischen Verhältnisse verweise ich auf den oben erwähnten Kretschmann'schen Aufsatz; betreffs der Aetiologie will ich bemerken, dass man bei dieser Betrachtung die Carcinome des Schläfenbeins streng scheiden muss nach dem Ursprung, welchen sie haben. Wir finden dann, dass die Carcinome, welche ohne vorherige Erkrankung des Gehörorgans entstehen, meist dem äusseren Gehörgange angehören und von den histologischen Bestandtheilen desselben ausgehen. Das primäre Carcinom der Paukenhöhle dagegen entsteht fast nur auf dem Boden einer chronischen Eiterung; in den 21 Fällen finden wir 13 Mal diese Thatsache, sämmtlich sind es Carcinome, welche in der Paukenhöhle entstanden sind. Es muss dies als das hervorragendste ätiologische Moment besonders betont werden; eine derartige Entstehung hat an sich nichts Auffälliges; ähnliche Verhältnisse finden wir bei anderen Organen, und Tillmanns hat wiederum auf dem chirurgischen Congresse („Ueber die Aetiologie der Carcinome") die prädisponirende Bedeutung langjähriger chronischer Reize betont. Als ein weiteres Moment soll nach Kretschmann die Angewohnheit Vieler sein, mit einem Instrument im Ohre zu bohren. Dafür spräche auch der Umstand, dass das rechte Ohr 11 Mal, das linke 5 Mal betroffen war, „das häufige Vorkommen auf der rechten Seite würde sich daraus erklären lassen, dass ein Bohren im Ohre hier, weil mit der rechten Hand ausgeführt, jedenfalls viel häufiger stattfindet, als links". Wenn das in der That von Bedeutung sein sollte, so müsste es vor Allem bei den

Digitized by Google

Carcinomen, welche von dem Gehörgange ausgingen, der Fall sein. Aber gerade hier sind die linksseitigen Erkrankungen — in 5 Fällen 3 Mal — häufiger. Allerdings sollen anatomische Momente bei der Entstehung mancher Carcinome eine Rolle spielen, mehr noch chemische Reize. Die Bedeutung der schädlichen und reizenden Theerpräparate ist ja bekannt. Doch misst Thiersch diesen Substanzen nur die Rolle als Gelegenheitsursache bei bestehender Krebsdisposition zu. Dies müssen wir auch für die Carcinome der Paukenhöhle annehmen, welche nach langjähriger Eiterung entstehen. Denn bei der grossen Verbreitung der Otorrhoe müsste das Carcinom viel häufiger beobachtet werden, wenn dieser Reiz allein ohne Prädisposition genügen würde, eine Neigung zur Gewebswucherung hervorzubringen. Andererseits kann es kein Zufall sein, dass sich das Carcinom der Paukenhöhle fast nur auf dem Boden der chronischen Eiterung entwickelt. Wir sind gezwungen, eine gewisse Beziehung zwischen beiden anzunehmen.

Ueber Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica.

Von

Dr. **Krebs**, Hildesheim.

(Schluss aus voriger Nummer.)

Stelle ich die verschiedenen Angaben zusammen, welche die Autoren über die objectiven Befunde bei Pharyngitis sicca oder atrophica mittheilen, so wird beschrieben: a) bezüglich der Beschaffenheit der Schleimhaut: Atrophie, Hypertrophie, Hypertrophie neben Atrophie, normales Verhalten, Granula, keine Granula; Farbe intensiv roth, blassroth, blassgelb, grau schimmernd, normal; gespannt, gefältelt; b) bezüglich der Secretion: fehlend, spärlich, reichlich, diffuser Firnissüberzug, Schleiminseln, dickflüssig, harte, muschelähnliche Krusten, lederartige Borken, stinkend, nicht stinkend.

Beinahe noch widerspruchsvoller lauten die Beschreibungen über Laryngitis sicca, und zwar hauptsächlich, weil manche Autoren, wie Gottstein[29]), auch eine acute Form derselben annehmen.

G. Lewin (l. c.) beschrieb die Larynxerkrankung, welche im Gefolge der Pharyngitis sicca auftrete, als Laryngitis follicularis ulcerosa.

B. Baginsky[30]) stellte im Jahre 1876 in einer Sitzung der Berl. Medicin. Gesellschaft einen Fall von Ozaena laryngo-trachealis vor. B. giebt an, dass vorher keine ähnliche Mittheilung in der Literatur zu finden sei; nur ein Mal habe B. Fränkel bei einer jungen Dame, die an Ozaena litt, auch im Larynx grünliche stinkende Borken u. s. w. gefunden. Sein Fall unterscheide sich aber wesentlich dadurch, dass keine Affection der Nase vorhanden sei. Am Pharynx geringe Röthung der hinteren Wand. Im Larynx und Trachea, und zwar tief in diese hinein, grünlich-graue stinkende Borken. Epithel der Schleimhaut abgestossen, Erosionen. Analogie mit putrider Bronchitis sei zu negiren,

Digitized by Google

dagegen Aehnlichkeit vorhanden mit Ozaena, auch darin, dass trotz zehnmonatlicher Behandlung keine Heilung erzielt worden sei. Der Name Ozaena habe keinen pathologischen Inhalt, sondern solle nur bedeuten, dass es sich um die trockene Form des Catarrhs handle, in der das Secret wegen seiner Zähigkeit liegen bleibe und sich zersetze.

Nach Lublinsky[31]) ist die Laryngitis sicca die Fortsetzung der Pharyngitis sicca, aber im Gegensatz zu dieser sehr selten. Sie äussere sich in hochgradiger Atrophie der gesammten Schleimhaut, die mit zähen, klebrigen Borken bedeckt sei. Dieselben finden sich an der Epiglottis, an den aryepiglottischen Falten und an den Taschenbändern.

v. Schrötter[32]) beschreibt unter Laryngitis sicca „eine besondere Form des Catarrhs, welche sich durch Trockenheit der Gebilde, Epithelabstossung, Excoriationen und dergl. auszeichnet". Er glaubt, dass die von Baginsky, Lublinsky und ihm mitgetheilten Fälle nichts anderes als graduelle Unterschiede bedeuten, und dass es durch Hinzutreten besonderer Umstände zum Ueberwiegen des einen oder des anderen Symptoms komme, namentlich zeige das Secret in Bezug auf seinen Geruch die allergrössten Abstufungen. Es sei aber auch nicht ausgeschlossen, dass es sich um verschiedene Processe handele. Es sei richtig, dass diese Formen meistens im Gefolge der Nasenozaena vorkommen; allein es sei auch eine genuine Entstehung denkbar.

Nach Jurasz (l. c.) ist für die Krankheit pathognomonisch das zähe, leicht eintrocknende Secret, welches nur an ganz bestimmten Stellen vorkomme und zwar (im Gegensatze zu Lublinsky's Fällen) an der Plica interarytänoidea oder an den angrenzenden Theilen der Aryknorpel, an den subchordalen Schleimhautabschnitten, an der vorderen Commissur, am Rand oder auf der Oberfläche der wahren Stimmbänder. Die anatomischen Veränderungen im Kehlkopf seien meist unbedeutend. Besonders energisch wird Atrophie bestritten; auch Ulcerationen oder stärkere Hypertrophie seien nicht beobachtet. Selten sei die Fortsetzung des Leidens auf die Trachea: Trachëitis sicca. Es sei meistens eine Folge von Pharyngitis sicca (21,7 pCt. derselben), jedoch auch von Pharyngitis diffusa. Bemerkenswerth sei das häufige gleichzeitige Bestehen von Ozaena, um so mehr, als zuweilen dabei die Pharyngitis fehle.

Nach M. Schmidt (l. c.) ist der Kehlkopf in den meisten Fällen von Pharyngitis sicca mehr oder weniger betheiligt. Es komme zur Bildung ziemlich fest anhaftender, trockener oder zäher Krusten, namentlich an der hinteren Wand oder an den Stimm- und Taschenbändern, ähnlich den phthisischen Geschwüren. Durch das anhaftende Räuspern komme es zur Verdickung des Epithels, namentlich an der hinteren Wand und an den beiden Processus vocales. Späterhin betheilige sich an der Hypertrophie die ganze Dicke der Schleimhaut und es komme zur Pachydermie als einer besonderen Form der Lar. sicca. Aehnliche Erscheinungen gäbe es in der Trachea.

Die Divergenz der Meinungen, welche über Lar. sicca herrscht, kam auf das Drastischste zum Ausbruch gelegentlich der Discussion über Lublinsky's Vortrag auf der 59. Naturforscherversammlung. Fast jeder der acht Sprecher hatte in Bezug auf Aetiologie, Pathologie oder Therapie eine abweichende Ansicht und Störk traf wohl das Rechte, wenn er meinte, dass man verschiedene Krankheiten zu confundiren scheine.

Digitized by Google

Wenn ich aus dem Conglomerat dieser Widersprüche über das Bild der Pharyngitis (Laryngitis und Trachëitis) sicca diejenigen Punkte, welche der relativen Mehrzahl der Autoren gemeinsam sind, aufsuche, so finde ich drei Symptome, welche die Krankheit characterisiren sollen, nämlich Atrophie der Schleimhaut, gewisse Eigenthümlichkeiten der Secretion und subjectives Gefühl von Trockenheit. Einzelne Autoren nennen alle drei Kriterien, andere zwei, noch andere nur eines, und zwar der eine dieses, der andere jenes. Aber immerhin sind diese drei Symptome noch die einzigen Anhaltspunkte, an welche man sich bei einer Besprechung der Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca anlehnen kann. Ich gebe im Folgenden eine kurze Analyse dieser drei Punkte und versuche zu zeigen, dass keine derselben etwas Pathognomonisches bietet.

Die Atrophie ist eine regressive Ernährungsstörung, welche ohne jede Spur von Entzündung häufig vorkommt. Fast alle alten Leute haben einen atrophischen Pharynx. Dann, wie Löri[33]) und viele Andere betonen, führt eine grosse Anzahl von schwächenden Krankheiten, wie fettige Degeneration des Herzens, Tuberculose, Morbus Brightii häufig zur Atrophie des Pharynx. Ferner verursacht, wie ich Zarnikow (l. c.) beistimmen muss, das Jahre lang herablaufende Secret von Nasennebenhöhleneiterungen eine Verdünnung der Schleimhaut. Sehr lehrreich ist eine Abbildung im kleinen, aber vortrefflichen Altas von Grünwald[34]), in welchem das postrhinoscopische Bild von Ozaena pharyngis dargestellt ist mit deutlicher Atrophie der Schleimhaut, starker Erweiterung des Rachenraumes, missfarbigen Borken, und in welchem es sich in Wirklichkeit um eine Erkrankung einer Keilbeinhöhle handelt. Wäre hier das Grundleiden übersehen worden, so hätte man eine „typische" Pharyngitis atrophica sive sicca diagnosticirt. Diese Atrophie kann übrigens, ebenso wie die durch Eiterung der Nebenhöhlen verursachten Granulationspolster, nach Heilung des Processes wieder schwinden, ist also wohl nicht als wirklicher Gewebsuntergang sämmtlicher Schleimhautstheile aufzufassen, sondern wahrscheinlich nur als Hypoplasie der regenerationsfähigen lymphoiden Elemente in der Submucosa und Mucosa.

Ich kann die Bemerkung nicht unterdrücken, dass ich bei Controle fremder Diagnosen den Eindruck gewonnen habe, als ob man mit der Annahme einer Atrophie der Rachenschleimhaut zu leicht bei der Hand sei. Ich verweise in dieser Beziehung auf die oben citirten Worte M. Schmidt's. Man bedenke doch stets, dass es sich nur um wenige Millimeter handelt, und dass man nicht den Querschnitt der Haut vor Augen hat, sondern nur die Fläche! Woran will man an dieser die grössere oder geringere Dicke erkennen? Viele Autoren legen das Hauptgewicht auf das Durchscheinen der Pharynxmusculatur und behaupten, dass manchmal deutlich die Faserbündel zu erkennen seien. Ich selbst habe solche Fälle nicht gesehen. Die durchscheinende Beschaffenheit der Schleimhaut kann übrigens auch ihren Grund haben in der geringen Menge oder der Blässe ihres Blutes. Ebenso wie die äussere Haut der Chlorotischen zart und dünn aussieht, ohne dass Atrophie vorhanden ist, ebenso gewinnt die Pharynxschleimhaut diesen Character. Als ein besseres Merkmal bei der Abschätzung der Dicke betrachte ich die Faltenbildung der Mucosa. Wenn diese atrophirt ist, pflegt sie sich beim Würgen und Schlucken in feine Falten zu legen; aber auch hierin ist man Täuschungen

Digitized by Google

ausgesetzt. Wenn manche Autoren behaupten, man erkenne die Atrophie aus der Weite des Rachenraumes, so ist darauf zu antworten, dass dieselbe normaliter individuellen Schwankungen unterworfen ist, welche nach Centimetern zählt, und dass dagegen die wenigen Millimeter, welche die gesammte Schleimhaut an Dicke beträgt, gar nicht in Betracht kommen können. Endlich wird als Zeichen der Atrophie ein verkümmerter Zustand der Uvula beschrieben, wobei dieselbe dünn und schmächtig sei und, nadelförmig sich zuspitzend, lang und schlaff herabhänge. Allein dies ist wohl eher als eine Missbildung des Zäpfchens anzusehen, denn als Product einer rareficirenden Schleimhautentzündung.

Was die Secretionsanomalien anbelangt, so werden am häufigsten als Characteristica der Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca angeführt firnissartiger, zäher Belag, missfarbige, stinkende Borken und muschelartige, harte Krusten. Bei sämmtlichen Autoren aber vermisse ich den scharfen Nachweis dafür, dass diese Secrete in der That im Pharynx beziehungsweise Larynx und Trachea gebildet werden. Es ist unstatthaft, wie es bis jetzt geschieht, jedes an ihren Schleimhäuten sitzende Secret als das Product einer Pharyngitis, Laryngitis oder Trachëitis anzusprechen. Da das Leiden, wie alle Autoren angeben, in der Mehrzahl der Fälle mit einer Erkrankung der Nase verbunden ist, liegt doch der Gedanke sehr nahe, dass die Secrete aus letzterer stammen. Ich behaupte, dass sowohl der firnissartige Ueberzug, als die Borken nichts Anderes sind, als Absonderungen der Nase und der Nasennebenhöhlen. Bei allen Patienten, welche diese Pharynxbilder boten, konnte ich nachweisen, dass entweder in der Nase reichliches Secret vorhanden war, welches in den Hals herunterfloss, oder dass der Nasenschleim willkürlich mit dem bekannten, eigenthümlichen Geräusch nach dem Halse gezogen wurde. In den letzteren Fällen war manchmal die Secretion der Nase sehr gering, so dass man kaum von einer wirklichen Erkrankung derselben sprechen konnte. Bei anderen Patienten besteht die Gewohnheit, das herabfliessende Secret zu verschlucken, ein Vorgang, den viele Autoren „Leerschlucken" nennen, welches bei Pharyngitis sicca sehr häufig sei. Man kann es oft im postrhinoscopischen Spiegelbilde beobachten, wie Nasenschleim oder Eiter auf die Oberfläche des weichen Gaumens sich herabzieht, und wenn man nach einer Minute von Neuem untersucht, so ist der Schleimballen von dieser Stelle verschwunden; auf Befragen geben die Patienten alsdann an, dass sie etwas hinuntergeschluckt hätten. Man kann sich ferner im Spiegel überzeugen, dass die zähen Massen gewöhnlich im Halse hängen bleiben, und zwar meist an der Plica interarytaenoidea, von wo sie in das Larynxinnere hinabfliessen. Durch die physiologischen Bewegungen des Rachens und des Kehlkopfs wird nun der Schleim gleichmässig dünn vertheilt und bildet den firnissartigen, lackähnlichen Ueberzug. Besonders findet das Herabziehen des Schleimes statt bei Deviationen oder Spinae am Septum, weil hierbei das Herausbefördern des Secrets nach vorn auf Schwierigkeit stösst. Dies erklärt die verhältnissmässig hohe Ziffer (21 Fälle), welche Jurasz über die Complication der Pharyngitis sicca mit Deformitäten des Septum angiebt. Die Annahme, dass der firnissartige Belag nichts Anderes sei als Nasensecret, erklärt aber auch noch viele andere that-

Digitized by Google

sächliche Beobachtungen, welche bisher an der „Pharyngitis sicca“ dunkel erschienen, sowie manche Widersprüche der verschiedenen Autoren unter einander. Zunächst den Umstand, dass die Einen dabei Atrophie beschreiben, die Anderen Hypertrophie, die Dritten beides neben einander, die Vierten normale Beschaffenheit der Schleimhaut. Alle vier Beobachtungen sind vermuthlich richtig und erklären sich einfach daraus, dass in den ersten Fällen das Nasensecret sich über einen zufällig atrophischen Rachen verbreitete, in den zweiten über eine zufällig hypertrophische Schleimhaut, in den dritten über eine solche, welche beide krankhaften Zustände aufwies, während in den vierten Fällen der Hals überhaupt gesund war. Dieselbe Erklärung finden die verschiedenen Angaben über das Vorhandensein der Granula. Ferner findet die von den Meisten betonte starke Betheiligung des weiblichen Geschlechts darin ihre Erklärung, indem bei diesem Nasenkrankheiten besonders häufig vorkommen. Weiter erklärt sich daraus ungezwungen die Localisation des Leidens, welches sich meist im oralen Theil und im Nasenrachenraum etablirt, manchmal nur in letzterem, nie auf der vorderen (unteren) Fläche des Gaumensegels. Im Kehlkopf findet sich das Secret besonders an der Plica interarytaenoidea und den übrigen Theilen des Kehlkopfeingangs. Ihre Erklärung findet ferner die Thatsache (Jurasz), welche von Moure[35]) mit Unrecht bestritten wird, dass manchmal „trockene Laryngitis“ ohne Pharyngitis vorkomme, aber mit gleichzeitiger Ozaena. In diesen Fällen wird, wie ich mich mehrfach überzeugen konnte, das Secret besonders durch Schlucken in der oben beschriebenen Weise an die Plica interarytaenoidea befördert. Ihre Erklärung findet endlich die Erfahrung, dass alles Pinseln des Halses therapeutisch erfolglos ist, während die Nasendouche von grösserem Werthe ist.

Bezüglich der missfarbigen, stinkenden Borken, welche im Pharynx, Larynx und Trachea beobachtet werden, behaupten schon Jurasz und Michel (l. c.), dass sie aus der Nase stammen und nicht an Ort und Stelle gebildet werden. Roth (l. c.) suchte die Frage durch Tamponade der Choanen zu entscheiden, und aus der Thatsache, dass trotz dieser sich Borken im Rachen vorfanden, schloss er die Existenz der Pharyngitis foetida. Die Versuche Roth's sind indessen nicht beweisend. Erstens könnte man den Einwand machen, dass es sich in seinen Fällen um eine übersehene Erkrankung der Keilbeinhöhlen gehandelt habe, deren Oeffnungen durch die Choanen-Tampons natürlich nicht verstopft wurden. Wichtiger aber ist folgender Einwand: Bei Ozaena wird das Secret nicht als Borke abgesondert, sondern zum grössten Theile in flüssigem Zustande, und wird entweder vorn herausbefördert oder fliesst nach hinten, nur der Rest verbleibt auf der Schleimhaut und macht in Folge von Ursachen, welche noch nicht genügend eruirt, wahrscheinlich aber bacillärer Natur sind, die Umwandlung zu Borken durch. Letztere konnten durch die Roth'schen Tampons nicht hindurch, wohl aber kann man es als sicher annehmen, dass das flüssige Secret dieselben, während sie mehrere Tage liegen blieben, durchtränkt hat und in den Nasenrachenraum gedrungen ist, woselbst es sich zu Borken umbilden konnte.

Zum Beweise, „dass der Process auch einmal von der laryngotrachealen Schleimhaut ausgehen oder auf dieselbe beschränkt bleiben kann“, führt v. Schrötter eine Beobachtung von Türk[32]) an, „in welchem der

Digitized by Google

Athem des Kranken durch Anhäufung eines aus Schleim und Epithel bestehenden zähen Belages an einer übrigens narbig verengten Stelle unterhalb der Stimmbänder sehr übelriechend war". Bei Durchsicht dieses Falles aber finde ich denselben auf nichts weniger passend, als auf genuine Ozaena laryngo-trachealis.

Türk überschreibt die betreffende Krankheitsgeschichte: „Persistente, im unteren Kehlkopfabschnitt diaphragmaähnlich vorspringende Membran, oberflächliche Geschwüre der wahren Stimmbänder, kleine Neubildung, Catarrh der Tracheal-Schleimhaut." Er sagt ausdrücklich, was v. Schrötter wohl übersehen haben dürfte: „ein ähnlicher Belag erschien an der hinteren Pharynxwand und reichte bis an die Wände des Cavum nasopharyngeum." Es giebt zu denken, dass v. Schrötter aus seinem reichen Erfahrungsschatze keinen eigenen Fall von Ozaena laryngotrachealis anzuführen weiss und als einziges Citat aus fremden Beobachtungen eine solch' wenig beweisende Krankengeschichte herbeizieht. Bedeutend mehr Schwierigkeiten macht nach meiner Annahme der exact beobachtete und beschriebene Fall Baginsky's. Die einzige Möglichkeit, diesen anzufechten, bestände in dem Einwand, dass es sich dabei um ein Empyem einer Keilbeinhöhle gehandelt habe, dessen Diagnose man damals noch nicht zu stellen gelernt hatte.

Was die austernschaalenartigen Krusten anbelangt, welche von manchen Kranken alle paar Tage unter Würgen und Räuspern herausbefördert werden, und welche manche Autoren als characteristisch für die trockene Pharyngitis erklären, so haben sich M. Schmidt und Andere Thornwald angeschlossen, welcher diese Borken als ein Product des Recessus pharyngeus medius hinstellt. Thatsächlich kommen an diesem die Borken am häufigsten vor. Allein die oben berichtete Krankengeschichte XI, wonach eine solche Kruste sich in dem trichterförmigen Eingang einer Gaumenperforation bildete, legt die Vermuthung nahe, dass es sich auch hier um Nasensecrete handelt, welche an besonders unebenen oder ausgebuchteten Stellen des Pharynx, wie sie der Recessus und hier die Perforationsöffnung darbietet, längere Zeit anhaften und dort eintrocknen.

Was drittens das subjective Gefühl der Trockenheit anbelangt, welches von einigen Autoren als Hauptmerkmal der Pharyngitis sicca angegeben wird, so ist es von allen das vageste Symptom. Es kann fast bei jeder Pharynx- oder Larynxerkrankung vorkommen. Der acute Catarrh setzt gewöhnlich mit Trockenheit ein. Die chronischen Entzündungen der Raucher und Trinker, welche kaum Jemand als „trockene" ansprechen dürfte, sind meistens mit starkem Trockenheitsgefühl verbunden: dasselbe notiren fast sämmtliche Beobachter bei Ozaena nasi, desgleichen bei Empyemen der Nasennebenhöhlen. Die Mehrzahl der Tuberculösen klagt gleichfalls darüber, ebenso der Diabetiker und Brightiker (Joal [37]).

Ferner findet es sich constant bei Leuten mit habitueller Mundathmung, besonders des Morgens, nachdem sie des Nachts mit offenem Munde geschlafen. Im Laufe der Zeit kann es bei solchen Personen in Folge des Reizes durch die ungereinigte Luft zum wirklichen chronischen Catarrh kommen; aber es ist kein Grund vorhanden, daraus eine besondere Form der Pharyngitis zu construiren.

Digitized by Google

Es ist zu beachten, dass das Krankheitsbild der Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca nur von Klinikern aufgestellt und beschrieben wird; die pathologischen Anatomen reden davon recht wenig. In den gebräuchlichen Lesebüchern der pathologischen Anatomie habe ich vergeblich danach gesucht. Jedoch existiren einige anatomische Untersuchungen, welche Kliniker p. m. über Pharyngitis sicca angestellt haben.

Wendt schreibt: Die Schleimhaut ist verdünnt, bis zu 0,24 Mm., das Epithel normal (Lewin hatte eine hornige Metamorphose angenommen), Bindegewebe lang ausgezogen oder wellig angeordnet, traubenförmige Drüsen waren spärlich, Follikel nicht oder ganz vereinzelt vorhanden. Nur einmal waren trotz starken Schwundes zahlreiche Follikel vorhanden. Auch kamen spaltförmige Einsenkungen der Schleimhaut als Reste der geschwundenen Balgdrüsen vor.

Roth beschreibt ebenfalls Atrophie, gesteht aber, dass über die Entstehung derselben die microscopische Untersuchung keinen genügenden Aufschluss gebe.

Trautmann (l. c.) schreibt im Kapitel „atrophischer Rachencatarrh": „Aus meinen zahlreichen Sectionsberichten ersehe ich, dass Atrophie des Nasenrachenraums meist nur bei Personen über 30 Jahren gefunden wird ... Als Todesursache finden sich fast immer Erkrankungen, die den allgemeinen Ernährungszustand im hohen Grade beeinträchtigen, am häufigsten Tuberculose und Syphilis, ferner fettige Degeneration des Herzens, Carcinom, Atherose der Gefässe, Erkrankungen der Leber und der Nieren. Der Nasenrachenraum ist in Folge des Gewebschwundes weit, ebenso die Choanen ... Bindegewebsstränge zwischen Tubenwulst und Rosenmüller'scher Grube habe ich bei Atrophie wiederholt gefunden. Microscopisch zeigt sich das Epithel der Rachentonsille sehr schön erhalten; die adenoide Substanz ist nur noch spärlich vorhanden. Die lymphoiden Zellen des adenoiden Gewebes und der Follikel sind fettig degenerirt, in den Follikeln finden sich zuweilen grössere Fettzellen. Im Bindegewebe, meist über der Fibrocartilago, finden sich erweiterte Gefässe. Der atrophische Process ist also als regressive Metamorphose durch fettigen Zerfall aufzufassen." Wie Trautmann mit den letzten Worten selbst gesteht, ist also von entzündlicher Atrophie nichts festzustellen. Als einziges Entzündungsproduct könnte man die Bindegewebsstränge zwischen Tubenwulst und Rosenmüller'scher Grube ansprechen; doch beschreibt Trautmann selbst (Seite 103) diese als normal-anatomische Variante.

Auch die Untersuchungen von Roth und Wendt beweisen nur das Vorhandensein einer Atrophie, keinen entzündlichen Process. Wenn nun aber auch einmal ein Anatom Atrophie und Entzündung zusammen finden sollte, so würde dieses noch immer nicht für das Bestehen einer Pharyngitis atrophica beweisend sein, da beide Processe zufällig und selbstständig nebeneinander oder nacheinander stattgefunden haben können. Und nimmt man mit Jurasz, Schech, Schmidt u. A. an, dass Atrophie mit der Pharyngitis sicca nichts zu thun habe, so wüsste ich vollends nicht, wie das anatomische Bild beschaffen sein müsste, welches die Krankheit hinreichend kennzeichnen würde.

Ich resumire: In Erwägung, dass ich selbst nie Veranlassung hatte, Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca sive atrophica zu dia-

Digitized by Google

gnosticiren, und dass diejenigen Fälle, welche, von anderer Seite mit dieser Diagnose belegt, in meine Behandlung kamen, von mir eine andere Deutung erfahren konnten, und zwar, wie meist der therapeutische Effect zeigte, eine richtige Deutung; in Erwägung zweitens, dass die Ansichten der verschiedenen Autoren über dieses Krankheitsbild so auseinandergehen, dass man fast sagen kann: Quot capita, tot sensus; in Erwägung drittens, dass die drei Symptome, welche von den meisten Autoren, allerdings unter dem Widerspruch anderer, als pathognomonisch angegeben werden, durchaus nichts Characteristisches bieten und zum Theil eine ganz andere Deutung verlangen; in Erwägung endlich des Fehlens beweisender anatomischer Befunde behaupte ich: Es giebt keine Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca sive atrophica.

Wie aber sind alsdann die Pharynxbilder zu deuten, welche die Autoren, allerdings verschieden, unter diesem Namen beschreiben, und welche ohne Zweifel sehr häufig vorkommen?

Man hat offenbar verschiedene Zustände zusammengeworfen, und es ist schon grössten Theils im Vorhergehenden angedeutet, welche es sind. Ich sehe dabei von Fällen ab, in denen es sich, wie in X—XII meiner Krankengeschichten, um grobe diagnostische Irrthümer handelt.

Diejenigen Fälle, bei welchen man Pharyngitis sicca aus dem firnissartigen Ueberzug oder aus den Borken diagnosticirt, sind normale oder catarrhalische Pharyngen, welche mit Nasen- oder Nasennebenhöhlensecret bedeckt sind. Als ursächliche Krankheiten sind besonders zu nennen Ozaena, Empyem der Nasennebenhöhlen, einfacher chronischer Nasencatarrh, besonders wenn gleichzeitig in der Nase irgend ein mechanisches Moment vorhanden ist, welches das Herausbefördern des Schleimes nach vorn behindert, wie Spina, Crista oder Deviation am Septum, Hypertrophie der unteren Muscheln, Polypen etc. Die Secretion kann, wie oben bemerkt, dabei sehr gering sein, so dass man manchmal kaum von einem deutlichen Catarrh der Nase sprechen kann, und hierin finden die meisten Fälle der Pharyngitis sicca ihre Erklärung, bei welchen von den sorgfältigsten Beobachtern eine Nasenerkrankung vermisst wurde.

Der aus der Nase oder einer Nasennebenhöhle fliessende Schleim und Eiter verursacht im Laufe der Zeit fast stets eine secundäre Entzündung. Dieselbe aber mit dem Namen einer „trockenen" zu belegen, wäre nichts weniger als begründet.

Eine zweite Reihe von Fällen, welche man als Pharyngitis sicca oder atrophica beschreibt und behandelt, sind einfache oder mit chronischem Catarrh zufällig complicirte Atrophien des Rachens, deren Ursachen oben zusammengestellt sind.

Eine dritte Reihe von Fällen endlich bilden die chronischen Catarrhe, welche durch behinderte Nasen- und habituelle Mundathmung bedingt sind. Bei diesen Formen tritt das lästige, subjective Gefühl der Trockenheit in den Vordergrund und giebt Veranlassung zu der Diagnose Pharyngitis sicca.

Wenn nun drei unter einander so verschiedene Zustände unter einem Namen zusammengefasst werden, so begreift es sich leicht, warum die einzelnen Autoren in ihren Beschreibungen so sehr differiren. Der

Digitized by Google

eine hat mehr die Fälle der einen Art im Auge, der andere die der anderen. Die Verwirrung wird noch dadurch vermehrt, dass häufig zwei oder alle drei Zustände sich combiniren können. Ein Patient mit Deviatio septi kann in Folge mangelnder Nasenpassage mit offenem Munde athmen und zugleich die Secrete nach hinten ziehen; und wenn es zufällig eine alte oder decrepide Person ist, kann auch noch Atrophie des Rachens zu constatiren sein.

Es erklären sich daraus auch die schwankenden Angaben über die Häufigkeit des Leidens. Lewin zählt unter 63 Pharyngitiden 5 sicca (7,9 pCt.), Jurasz unter 995 — 224 (24,5 pCt.), Lemcke[38]) unter 95 — 27 (26,3 pCt.). Die widerstreitenden Angaben über die Häufigkeit der Laryngitis sind bereits oben skizzirt.

Die Frage der Existenz der Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca oder atrophica ist nicht nur von theoretischem Interesse, sondern auch von beträchtlicher practischer Wichtigkeit in Bezug auf unser therapeutisches Handeln. Das Leiden gilt bei den Meisten für unheilbar; die subjectiven Beschwerden seien allenfalls für die Dauer der Behandlung zu lindern. Das ist zu bestreiten. Die Fälle von Atrophie sind natürlich nicht zu heilen, verlangen aber auch gar keine Behandlung, da sie, wenn uncomplicirt, keine Beschwerden verursachen. Hingegen bietet die erste und die dritte Form eine ganz gute Prognose, falls man das Grundleiden der Krankheit richtig auffasst. Die Behandlung muss natürlich eine ätiologische sein und besteht in Beseitigung der Nebenhöhlenerkrankungen, Spinae etc. Es lassen sich aber auch einige allgemeine therapeutische Sätze aufstellen: 1) Jedes Pinseln des Rachens ist zwecklos. 2) Man untersage dem Patienten das Herabziehen der Nasensecrete nach dem Halse und das Herunterschlucken derselben. 3) Man sorge dafür, dass Patient nicht durch den Mund, sondern durch die Nase athme.

Literatur.

1) G. Lewin: Beiträge zur Inhalationstherapie der Respirations-Krankheiten. Berlin 1863.

2) Wendt, v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie (Krankh. d. chylopoët. Apparates), Leipzig.

3) Trautmann in Schwartze's Handbuch der Ohrenheilkunde, Bd. II, Leipzig 1893.

4) B. Fränkel in Eulenburg's Encyclopädie d. gesammten Heilkunde. Wien und Leipzig 1881.

5) Zarniko: Krankheiten der Nase etc.

6) Thornwaldt: Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea etc. Wiesbaden 1883. Derselbe auch: Bericht der 59. Naturforscherversammlung.

7) Keimer, Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1884.

8) Broich, ibidem.

9) Moldenhauer, Lehrbuch der Krankheiten der Nasenhöhlen etc. Leipzig 1886.

10) Walb: Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasen- und Rachen-Krankheiten. Wien 1888.

11) Broich, Berliner klin. Wochenschrift 1889.

12) Kafemann: Der Catarrh des Recessus pharyngeus medius. Wiesbaden 1889.

13) Siebenmann, Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1889.

14) Gerber, Therapeut. Monatshefte 1890.

Digitized by Google

15) Ziem, ibidem 1892.
16) Kafemann, ibidem.
17) Gerber, ibidem.
18) M. Schmidt: Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1894.
19) Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle etc. Leipzig u. Wien 1890.
20) Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1892.
21) Roth: Die chronische Rachenentzündung. Wien 1883.
22) Hoppe, Memorabilien, XXVI, 6.
23) Michel: Krankheiten der Nasenhöhle etc. Berlin 1876.
24) Gottstein in Eulenburg's Encyclopädie: Nasenkrankheiten.
25) Bresgen: Der chronische Nasen- und Rachencatarrh. Wien 1883.
26) E. Fränkel in Virchow's Archiv, Bd. 90: Weitere Untersuchungen über die Rhinitis chron. atroph. foetida.
27) Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Wien und Leipzig 1887.
28) Mackenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase. Deutsch von F. Semon. Berlin 1880—1884.
29) Gottstein: Die Krankheiten des Kehlkopfes etc. Leipzig und Wien 1890.
30) B. Baginsky, Deutsche medicin. Wochenschrift 1876.
31) Bericht der 59. Naturforscherversammlung.
32) v. Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes etc. Wien 1889.
33) Löri: Die durch anderweite Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens etc. Stuttgart 1885.
34) Grünwald: Atlas der Krankheiten der Mundhöhle etc. München 1894.
35) Moure: De la laryngite sèche. Revue mens. de laryngol etc. 1882.
36) Türk: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes etc. Wien 1867.
37) Joal: De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie. Revue mens. de laryngol. etc. von Moure 1882.
38) Lemcke, Archiv für Ohrenheilkunde 1893.

Zur Galvanocaustik.

Von

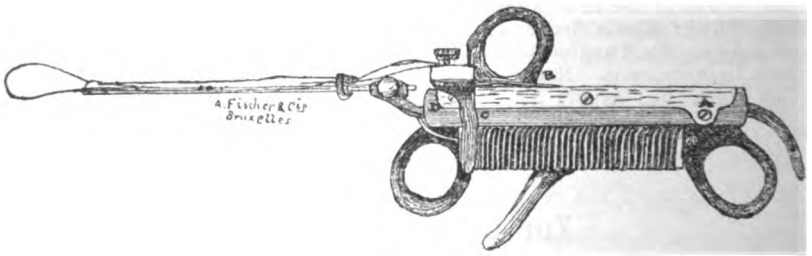
Dr. **W. Schleicher**, Antwerpen.

Es ist bekannt, dass beim Zusammenziehen der galvanocaustischen Schneideschlinge, durch die Ausschaltung ihres eigenen Widerstandes, die Stromintensität mitunter dermaassen steigt, dass die Durchtrennung des Tumors zu rasch erfolgt und dennoch eine Blutung entsteht. Um diesem Uebelstande des zu starken Erglühens am Ende der kleinen Operation abzuhelfen, wählt man von vornherein einen möglichst schwachen Strom, man macht den Draht nur rothglühend. Doch die Geschwulst verbrennt dabei zu langsam, der Schorf wird zu dick, die nachfolgende Reaction zu gewaltig, die Operation ist schmerzhafter; wurde der Strom gar zu schwach gewählt, so erlischt mitunter das Glühen ganz. Andere helfen sich dadurch, dass sie den Strom von Zeit zu Zeit unterbrechen, wenn das rasche Gleiten der Schlinge, das zu laute Knistern des verbrennenden Gewebes ein zu starkes Erglühen des Drahtes verräth. Dessenungeachtet reisst ihnen mitunter die Schlinge, bevor sie am Ziele

Digitized by Google

sind, und die Enden der gesprengten Hälften des Drahtes verletzen das angrenzende Gewebe. Diejenigen gehen am sichersten, welche über eine Assistenz verfügen, welche, während der Operateur die Schlinge schliesst, durch Drehung der Manette eines am Accumulator oder an der Tauchbatterie angebrachten Rheostaten den Strom allmählig vermindert. Denn dass der Operateur selbst, wie man behauptet hat, diese Bewegung ausführt, ist in den meisten Fällen durchaus unmöglich. Man hat zwar gesagt, dass die Einführung eines compensatorischen Widerstandes in den Stromkreis deswegen unnütz sei, weil die grössere Dichtigkeit des zugeschnürten Stumpfes auch ein stärkeres Erhitzen der Schlinge verträgt. Das mag mitunter richtig sein, in Wirklichkeit ist es aber nur selten der Fall. Selbstverständlich kommt bei kleineren und ganz kleinen Geschwülsten das allmählig stärkere Erglühen der Schlinge nicht in Betracht, während für grössere der Nutzen der Einschaltung eines Widerstandes im Laufe der galvanocaustischen Schlingenoperation im Allgemeinen wohl nicht geläugnet wird.

Zweck dieser Zeilen ist, den Herren Collegen einen Griff vorzuführen, wodurch der Operateur selbst in der Lage ist, den gewünschten Compensationswiderstand in den Stromkreis einzuschalten. Ein solcher Schneideschlingengriff mit Rheostat ist, m. W., bisher noch nicht beschrieben worden. Die Furcht, das schon ohne dies so feine Instrument noch zu compliciren, hat gewiss bisher die Erfinder von der Construction



Figur 1.

dieses Griffes abgehalten. Bei dem hier gezeichneten Instrumente hat der im Handel wohl am meisten verbreitete Boecker'sche Handgriff Verwendung gefunden. Selbstverständlich können auch andere Universalgriffe, wie die von v. Bruns, Schech u. s. w., mit Rheostaten versehen werden, sobald sie den bekannten Forderungen bezüglich der Dicke und Leitungsfähigkeit der Stromleiter und der Excursion des Schlittens entsprechen, nur bei den metallenen Schneideschlingengriffen von Kuttner, Keimer, Meyer-Hüni u. A. möchte die Anlage eines Rheostaten schwieriger sein. Bei meinem Instrumente hängt die um eine Glasplatte gewundene Neusilberspirale am linken unteren Rand der Ebonitfassung. Hinten ist sie mit einer Schraube am hinteren Ring des Griffes befestigt, vorn endet sie in das vordere Ende des linken Stromleiters. Letzterer ist in der Mitte durchfeilt, so dass die gewöhnliche Stromleitung aufgehoben ist. Dagegen tritt der Strom durch die Schraube *A* in die dünne Kupferleiste *AD*, welche sich nach oben rechtwinklig umbiegt und so

Digitized by Google

auch den linken oberen Rand der Ebonitfassung bedeckt. Dort oben wird der Strom durch eine unter dem Schlitten angebrachte federnde horizontale Zunge *B* aufgenommen und durch eine zweite verticale Zunge *C* auf den Rheostaten fortgeleitet. Je weiter nun der Schlitten nach hinten steht, desto mehr Spiralen hat der Strom links zu durchlaufen, ehe er in die Schlinge tritt. Soll das Instrument gut arbeiten, so müssen die Contacte überall fest und kräftig wirken. Es musste deshalb darauf verzichtet werden, nur mit einer verticalen Zunge auszukommen, welche nur auf den verticalen Flügel der Leiste *AD* gedrückt hätte. Wie aus der Zeichnung ersichtlich ist, musste die elfenbeinerne Platte des Schlittens etwas stärker als gewöhnlich gewählt werden, auch auf die Querspaltung wurde verzichtet. Die Drahtenden befestigen sich vorzüglich zwischen Elfenbein und Schraubenrand. Man erkennt auch aus der Skizze, dass der Neusilberwiderstand viel grösser ist, als der Widerstand einer jeglichen Schlinge. Auf diese Weise ist es gestattet, gleich bei Beginn der Operation einen starken Strom zu verwenden. Kleinere Wellen gaben mir weniger gute Resultate. Selbstverständlich erhitzt der $^1/_5$ Mm. starke Neusilberdraht beim Zuschnüren der Schlinge. Geschieht die Zuschnürung rasch, z. B. in ein paar Secunden, wie bei der galvanocaustischen Amygdalotomie, so kommt die Erhitzung kaum in Betracht. Stösst man aber bei der Operation auf irgend ein Hemmniss, so ist die Erhitzung des Rheostaten ziemlich gewaltig. So, wie die Spirale an meinem Instrument angebracht ist, müsste man aber schon sehr ungeschickt verfahren, um sich die Finger zu verbrennen. Was die Beweglichkeit des Schlittens betrifft, so wird dieselbe beim Rheostatengriff kaum beeinträchtigt.

Dennoch — und dies führt zum zweiten Theil dieses Aufsatzes — sollten die Anstrengungen unserer Fabrikanten mehr darauf bedacht sein, die colossale Reibung, welche der Draht in den Schneideschlingenröhrchen erfährt, um Vieles zu vermindern. Collegen mit eiserner Hand resp. Zeigefinger mag es eine Kleinigkeit sein, diesen Reibungswiderstand zu überwinden. Im Allgemeinen gilt aber wohl der Satz, dass je leichter die Schlinge zugeschnürt wird, desto sicherer und präciser die Operation. Es ist doch gewiss in vielen Fällen entbehrlich, dass der Draht auf der ganzen Strecke vom Schlitten bis zur Geschwulst durch die Ligaturröhren geleitet wird, und es genügt häufig, an den Enden zweier isolirter Stromleiter je eine Oese anzubringen, durch welche der Draht geleitet wird, anstatt ihn durch den ganzen Stromleiter zu leiten. Es lässt sich noch ein zweiter Kraftverlust vermeiden, wenn man die Reibung vermindert, welche die Schlinge an den Spitzen der Ligaturröhren oder der Oesen dadurch erleidet, dass ihr Bogen mit den Extremitäten dieser einen mehr oder weniger stumpfen Winkel bildet. Man trenne nur die beiden Stromleiter durch eine grössere Entfernung, wie bei den Middeldorpf'schen Schneideschlingen, und bringe zwischen ihren vorderen Enden eine Isolirscheibe, auf deren convexem Rand die Geschwulst am Ende der Operation durchtrennt wird. Auf diese Weise entsteht z. B. der Guide-anse, welcher im Chardin'schen Catalog S. 73 abgebildet ist und den man zweckmässig dahin umändert, dass man am freien convexen Rand der Isolirscheibe eine tiefe Rinne einfeilt, um die Schlinge sicherer aufzufassen. Macht man unter diesen Umständen eine

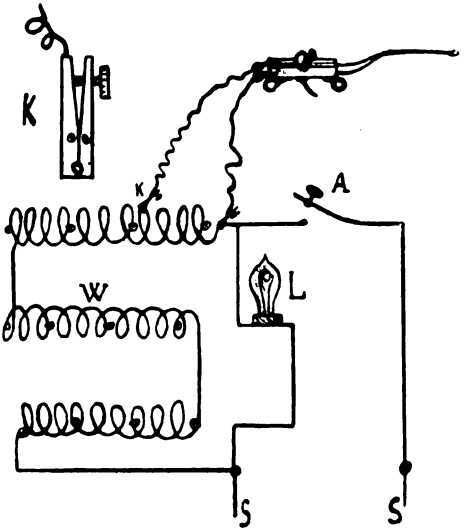
Digitized by Google

galvanocaustische Amygdalotomie, so ist während der ganzen Operation der Reibungswiderstand so gering, dass auch ein Kindesfinger den Schlitten verschieben kann. Ausserdem ist das Anlegen der Schlinge mit diesem Guide-anse viel bequemer und sicherer. Ich gestehe offen, dass, so umständlich mir früher die electrische Amygdalotomie erschien, so leicht erscheint sie mir jetzt, wo das Anlegen und Zuschnüren der Schlinge so einfach und ohne Kraftanstrengung geschieht und wo der Rheostatengriff mir eine gleichförmige Durchtrennung sichert. Bedenkt man, wie gross die Zahl Derer ist, welche ungeachtet der Todesgefahr der blutigen Amygdalotomie noch täglich Messer und Guillotine verwenden, so gewinnt man den Eindruck, als ob das electrische Verfahren eine ganz bedeutende persönliche Geschicklichkeit erfordert. Selbst unter uns Specialisten giebt es nur einzelne hervorragende Aerzte, wie zur Zeit Michel in Köln und heute M. Schmidt in Frankfurt, Heryng in Warschau, Lichtwitz in Bordeaux, welche beinahe ausschliesslich galvanocaustisch verfahren. In seiner klaren, jüngst erschienenen Monographie über diesen Gegenstand bezieht Lichtwitz das Verlassen der Methode auf die Schwierigkeit, mit welcher man vor der Accumulatorzeit sich einen genügend starken Strom verschaffen konnte. Es sollte mich freuen, wenn es mir gelungen wäre, durch die obige Besprechung gezeigt zu haben, wie sich auch andere Schwierigkeiten in der galvanocaustischen Amygdalotomie vermeiden lassen.

Zum Schluss möchte ich noch den Herren Collegen eine Vereinfachung der Anschlussapparate an städtische Electricitätswerke demonstriren, denen man bisher allgemein den Vorwurf gemacht hat, dass sie complicirt und recht theuer sind, zumal sie den Arzt nicht dispensiren, ausserdem für die Hauspraxis noch Accumulatoren oder Tauchbatterie zu besitzen. Sollen in der That die Anschlussapparate die Verbreitung finden, welche sie verdienen, soll das ärztliche Publikum in einer Zeit, wo beinahe alle grösseren Städte mit electrischem Licht versehen sind, von der wunderbaren Bequemlichkeit dieser Einrichtungen Nutzen ziehen, so muss ihr Preis möglichst gering, die Anlage möglichst einfach sein. Dr. Bröse hat vor fünf Jahren sich das schöne Verdienst erworben, die Bedingungen festzustellen, welche zur medicinischen Verwendung der von Dynamo's erzeugten Electricität erforderlich sind, und dennoch giebt es heute, m. W., in Deutschland nur zwei Fabrikanten, welche sich auf die Construction der Anschlussapparate verstehen, und nur ganz vereinzelte Collegen, welche solche benutzen. Es sei mir desto mehr gestattet, darauf hinzuweisen, wie einfach im Grunde solche Einrichtungen sind, als der Passus im Artikel von Dr. Bröse bezüglich des galvanocaustischen Anschlusses auf mich selbst zuerst den Eindruck hinterliess, als handle es sich dabei um grosse technische Schwierigkeiten. Vor Allem aber möchte ich hier beweisen, wie billig ein solcher Anschluss ist, wenn man jeden Luxus bei Seite lässt. Jeder Arbeiter aus Electricitätswerken kann nach Angabe des Arztes und mit dem nöthigen Material ausgerüstet, die Installation in wenigen Stunden ausführen und der Preis der ganzen Einrichtung im ärztlichen Cabinet beträgt keine 50 Mark. Specielle Kenntnisse ausser den Punkten, welche in Dr. Bröse's Aufsatz beleuchtet wurden, sind durchaus nicht erforderlich, und jede entgegengesetzte Behauptung ist Geheimnissthuerei.

Digitized by Google

Nehmen wir den gewöhnlichen Fall einer Gleichstromvertheilung von 110 Volts an, so beauftragen wir zunächst die Electricitätswerke damit, eine 20 Ampères starke Leitung von den Kellerräumen in unser Cabinet zu leiten und bestellen in irgend welcher grösseren Fabrik einen Neusilber-Rheostaten von 5 Ohm, 2—3 Mm. dick und in Spiralen von etwa 10 Ctm. Durchmesser aufgewunden. Ein solcher elementarer



Figur 2.

Widerstand kostet 25 Mark und zählt etwa 150 Windungen. Diese werden nun mittelst Porzellanknöpfe und isolirtem Draht in 2 oder 3 Serien auf ein Brett fixirt, welches man unter der Fensterbank aufhängt. Die beiden Pole *S* der 20 Ampères starken Zimmerleitung werden in die beiden Enden des Neusilberdrahtes *W* gelöthet, nachdem man vorher einen 20 Ampères starken Schlüssel oder Stromausschalter *A* und eine Lampe témoin *L* intercalirt hat, damit der starke Strom nicht unnütz gebraucht wird. Der eine unserer galvanocaustischen Kabel oder die am Tisch sich befindende Schraube, in welche er hineinpasst, steht nun in Verbindung mit dem einen Ende unseres Neusilberdrahts; in eine der nächstliegenden Spiralen endet mittelst einer beweglichen Klemme *K* oder einer alten Péan'schen Pincette der andere galvanocaustische Kabel, so dass der Strom den weitaus grössten Theil des Widerstandes zu durchlaufen hat, bevor er in den galvanocaustischen Stromkreis gelangt. Das ist die ganze Einrichtung.

Funkenbildung im Handgriff giebt es nicht, weil der Strom stets geschlossen bleibt, die Hitze des Neusilberdrahtes kommt nicht in Betracht, denn sobald die Operation fertig ist, unterbrechen wir die Hauptleitung; je nach der Stelle, wo wir die Klemme aufsetzen, erglühen die stärksten Porzellanbrenner wie die feinsten Galvanocauteren; keine Raum-

Digitized by Google

verschwendung in dem schon meist überfüllten Cabinetzimmer des Arztes, und endlich — last not least — wir erschrecken nicht unnütz unsere kleinen Patienten, die von der ganzen Einrichtung eben nur den Handgriff und seine Kabel zu Gesicht bekommen.

Bericht
über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

Unter zahlreicher Betheiligung und vollkommener Erledigung des Programmes verlief die heurige Versammlung unter dem Vorsitze der Herren Proff. Walb (Bonn) und Zaufal (Prag). Es wurde während der ganzen Zeit überaus fleissig gearbeitet, so dass auch die noch im letzten Moment angekündigten Vorträge und Demonstrationen abgehalten werden konnten.

Bevor ich über die wissenschaftliche Thätigkeit der Versammlung berichte, will ich in Kürze über Einiges aus der am 1. Juni Nachmittags stattgehabten Geschäftssitzung referiren.

In der Eröffnungssitzung begrüsste Walb die erschienenen Mitglieder der Gesellschaft und gedachte zugleich pietätvoll des Hinscheidens der verstorbenen Mitglieder v. Helmholtz, Lemcke und Gottstein. Zu dem zu errichtenden Denkmale des Ersteren beschloss die Versammlung 100 Mk. beizutragen.

Auf Antrag Bürkner's wurde beschlossen, in Zukunft den officiellen Bericht der Versammlungen im Buchhandel erscheinen zu lassen; für denselben sind die Mitglieder ihre gehaltenen Vorträge oder Demonstrationen im Originale zu liefern verpflichtet. — Ein Antrag des Schatzmeisters O. Wolf, welcher sich, zufolge des überaus günstigen Kassenbestandes der Gesellschaft, auf eine Herabsetzung des Mitgliedsbeitrages bezog, fand keinen Anhang, worauf der Antragsteller selbst seinen Vorschlag zurückzog.

Als Ort der nächstjährigen Versammlung wurde nach längerer Debatte mit Stimmenmehrheit Nürnberg gewählt und als Zeitpunkt Freitag und Sonnabend vor Pfingsten bestimmt.

Drei Anträge Barth's, welche sich auf Standesangelegenheiten bezogen, wurden abgelehnt, da solche laut Statuten der Gesellschaft aus den Verhandlungen ausgeschlossen sind.

An den Verhandlungen nahmen folgende Herren Theil:

Anton (Prag), Barth (Marburg), Beckmann (Berlin), Behrendt (Berlin), Biedermann, Binswanger (Jena), Brandt (Strassburg), Braukmann (Jena), Brieger (Breslau), Bürkner (Göttingen), Dennert (Berlin), Fricke (Stettin), Friedrich (Leipzig), Haeckel (Jena), Hansberg (Dortmund), Hartmann (Berlin), Haug (München), Hecke (Breslau), Heine (Berlin), Hessler (Halle a. S.),

Digitized by Google

Hoffmann (Dresden), Hübner (Stettin), Jansen (Berlin), Jens (Hannover), Joél (Gotha), Joseph (Stettin), Karutz (Lübeck), Katz (Berlin), Kayser (Breslau), Kessel (Jena), Koch (Jena), Körner (Rostock), Krehl (Jena), Kretschmann (Magdeburg), Kümmel (Breslau), Leutert (Halle a. S.), Lucae (Berlin), Edg. Meier (Magdeburg), Moldenhauer (Leipzig), Müller (Altenburg), Noltenius (Bremen), Obermüller (Jena), Panse (Dresden), Pfeiffer (Leipzig), Prockoff (Bonn), Reinhard (Duisburg), Richter (Graz), Riedel (Jena), Rohden (Halberstadt), Roller (Trier), Schubert (Nürnberg), Seligmann (Frankfurt a. M.), Sonnenkalb (Chemnitz), Skutsch (Jena), Stacke (Erfurt), Stein (Metz), Stimmel (Leipzig), Stinzing (Jena), Szenes (Budapest), Thies (Leipzig), Ulrichs (Halle a. S.), Walb (Bonn), Weilung (Coburg), v. Wild (Frankfurt a. M.), O. Wolf (Frankfurt a. M.), Zaufal (Prag), Ziehen (Jena) = 67.

Wissenschaftlicher Theil.

I. Sitzung Sonnabend, den 1. Juni, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Walb (Bonn).

1) Hartmann (Berlin): Ueber Dehiscenzen im Schläfenbeine, durch fibröse Membranen ausgefüllt.

H. legt folgende Präparate vor:

An einem Präparate findet sich im Tegmen tympani eine linsengrosse Stelle, welche statt aus Knochen aus einer derben, durchsichtigen Membran besteht, welche sowohl an der oberen als unteren Fläche glatt in den umgebenden Knochen übergeht.

Drei Präparate von an den Folgen chronischer Mittelohreiterung resp. Cholesteatombildung verstorbenen Patienten (Sinusthrombose, Hirnabscess). In zwei Fällen befindet sich die Membran im Tegmen antri mast., in dem anderen Falle auf der hinteren Fläche des Schläfebeins, zum Theil den Sulc. sigm. einnehmend. In Mitte dieser grossen Membran befindet sich eingewachsen ein mit der knöchernen Umgebung nur durch die Membran in Verbindung stehende, etwa bohnengrosse Knochenlücke. In allen Fällen bestand keine Verwachsung der Knochenmembranen mit der Dura mater. Dieselben gehen alle glatt in den benachbarten Knochen über.

Am macerirten Schläfebein ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, ob es sich bei den gewöhnlichen Dehiscenzen nicht auch um die Ausfüllung mit Membranen handelt. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine jedenfalls selten vorkommende Entwickelungsanomalie.

Was die Knochenmembranen in den kranken Schläfebeinen betrifft, so muss durch den Entzündungsprocess ein Reiz auf den Knochen ausgeübt worden sein, welcher zu einer Umwandlung desselben in fibröses Gewebe Veranlassung gab. Es dürfte eine rückläufige Verbildung und bindegewebige Anlage des Knochens stattgefunden haben.

Ob die Bildung der rechten Membranen, wie die Sclerose des Knochens, vielleicht eine Zeit lang die Uebertragung der Eiterung auf die Umgebung zu hindern vermag, lässt H. unentschieden. — Bei operativen Eingriffen wird man geneigt sein, die Knochenmembran für die Dura mater oder Sinuswand zu halten.

Digitized by Google

2) Kretschmann (Magdeburg): Ueber eine Form von Paukenhöhleneiterung.

Der zu behandelnde Gegenstand betrifft diejenigen Eiterungen, welche in dem unteren Abschnitt der Paukenhöhle ihren Sitz haben. Die Lichtung der Paukenhöhle überragt die des Gehörganges in ausgedehnterem Maasse nach oben und nach unten. Für den oberen Raum giebt es eine ganze Reihe von Bezeichnungen, für den unteren fehlt bisher ein generalisirender Name. H. schlägt deshalb vor, den Raum Recessus hypotympanicus zu nennen. Begrenzt wird derselbe nach aussen von dem freien Ende des Os tympanicum, nach innen von dem unter dem Promontorium gelegenen Theil der Labyrinthwand, nach vorn und nach hinten von den bez unteren Abschnitten der entsprechenden Paukenhöhlenwände, nach unten von der unteren Paukenhöhlenwand; nach oben geht er in den mittleren Theil des Cavum tympani über. Ausgezeichnet ist der Recessus hypotymp. durch die Structur seiner Wandungen, die in der Regel einen sinuösen Bau zeigen. Diese sinuösen Hohlräume erstrecken sich bei grösserer Ausdehnung des Recessus unter die untere Gehörgangswand lateral, unter die Labyrinthgebilde medial, unter die Tube nach vorn, bis an den Facialcanal nach hinten.

Der sinuöse Bau ist zwar in der Regel vorherrschend, kann aber nahezu ganz fehlen oder ist weniger ausgesprochen. Die Form des Raumes hängt hauptsächlich von der unteren Paukenwand ab. Sie kann muldenförmig sein bei geschwungenem Verlauf, kubisch oder abgestumpft pyramidenförmig bei geradem Verlauf der unteren Platte.

Die Länge des Raumes (sagittal) beträgt 9,5,
die Breite (frontal) 3,0,
die Tiefe (vertical) . . . . . 2,7 (Bezold).

An Interesse gewinnt der Raum durch seine Verhältnisse zu den wichtigen Nachbargebilden: Carotis interna, Bulbus venae jugularis, Facialis, die meist nur durch dünne Blätter von ihm geschieden sind.

Dass sich in dem Recessus hypotymp. häufig eitrige Processe etabliren werden, kann bei Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse nicht verwundern. Ihre Anwesenheit zu erkennen ist nur möglich bei Fehlen des Trommelfells im Ganzen oder wenigstens in seinem unteren Abschnitt. Granulationen, die aus der Tiefe kommen, Blutspuren, die eine entsprechend gekrümmte, mit Watte umwickelte Hakensonde zu Tage fördert, führen auf die Erkrankung des Recessus hypotymp. Ist bei spärlicher Secretion nur die Stelle des Tampons, welche dem Recessus entspricht, feucht, so führt das gleichfalls auf die Diagnose. Ein spannendes Gefühl, in die Gegend der Mitte des Musc. sternocleidomastoideus verlegt, wurde von den Patienten mit Recessuseiterung häufig angegeben.

Die Behandlung bestand in Ausspülungen mit entsprechend gebogener Hartmann'scher Canüle und in Aetzungen mit Milchsäure und Trichloressigsäure, mittelst Watte umwickelter Hakensonde. In zwei Fällen wurde nach vorausgegangener Aufmeisselung des Warzenfortsatzes mit Fortnahme der hinteren Gehörgangswand der Recessus hypotymp. durch Abschnürung der unteren und unteren hinteren Gehörgangswand freigelegt, mit günstigem therapeutischen Erfolge.

Digitized by Google

Discussion:

O. Wolf (Frankfurt a. M.) bezeichnet die von Kretschmann vorgeschlagene Benennung „Recessus hypotympanicus" für sehr richtig. Er selbst beobachte häufig Eiterungsprocesse desselben, besonders nach acuten Processen, welche mit Granulationen einhergingen, die aus der im vorderen unteren Quadranten liegenden Trommelfellperforation herauswucherten. Zur Abtragung solcher Granulationen empfiehlt er seinen kleinen Löffel, welcher sich bequem biegen lässt, ohne schädlichen Einfluss auf die untere Paukenhöhlenwand zu üben. In einem Falle von Abschnürung erfolgte ein Exitus letalis unter pyämischen Erscheinungen; hier handelte es sich um eine pulsirende Geschwulst (Angiom).

Meier (Magdeburg) berichtet, zur Illustration der Bedeutung der hypotympanischen Eiterungen, über einen operirten Fall von jauchiger Thrombose des Bulbus venae jugularis und Jugularis interna.

Panse (Dresden) und Leutert (Halle a. S.) erwähnen die Reinfection der Operationshöhlen, welche von der Tube aus stattfindet, weshalb es auch angezeigt ist, dieselbe zu verhüten.

Hessler (Halle a. S.) glaubt nicht, vom Gehörgange aus Eingriffe vornehmen zu können, ohne Facialisparalyse zu verursachen.

Walb (Bonn) glaubt in dem Recessus hypotymp. bequem unter Beleuchtung mit dem intratympanalen Spiegel arbeiten zu können.

Kretschmann erwähnt, die Intratympanalspiegel versucht zu haben, doch waren die Erfolge nicht befriedigend.

3) Barth (Marburg): Ueber die sogenannte Lateralisirung bei Knochenleitung.

Das Lateralisiren bei Knochenleitung ist entweder ein subjectives, wie es der Untersuchende hört, oder ein objectives, welches man mittelst zweier gleicher Otoscope controliren kann. Letzteres ist ausschliesslich bedingt durch Veränderungen in der Leitung und in der Resonanz. Bei dem subjectiven Herüberhören ist ausser den vorher genannten zwei Punkten zuerst zu nennen einseitige Erkrankung des percipirenden Apparates, die wohl selten Veranlassung zu objectiv nachweisbaren Aenderungen der Leitungs- und Resonanzverhältnisse geben wird, ausserdem aber spielen wahrscheinlich noch mit: die günstigeren Verhältnisse der Schallübertragung auf ein untersuchtes Ohr, Schallreflexe und der Abschluss eines erkrankten Ohres gegen Schalleinwirkungen von aussen. Nicht von Einfluss in Bezug auf einseitig verstärktes Hören sind: verstärkter Druck auf das innere Ohr, sogen. Hyperästhesie des Acusticus.

Der Weber'sche Versuch beruht also auf complicirten Verhältnissen, so dass es nicht erlaubt ist, ihn blind als Maassstab für eine Diagnosenstellung zu benutzen, obwohl er, mit Kritik angewandt, oft zu recht brauchbaren Untersuchungsergebnissen führen kann.

Discussion:

Lucae (Berlin) bemerkt, dass bei seitlichem Aufsetzen der Stimmgabel die auf das andere Ohr diagonal verlegte Schallempfindung zum Theil dadurch zu Stande kommt, dass die Schallwellen hierdurch mehr senkrecht auf das Trommelfell fallen und der schallleitende Apparat dadurch stärker in Schwingungen gesetzt wird. Aehnliche Einflüsse

Digitized by Google

können sich auch dann bemerkbar machen, wenn man die Stimmgabel an verschiedenen Stellen des Warzentheiles aufsetzt, so dass die Tonwellen das Trommelfell in verschiedenen Richtungen treffen.

Beckmann (Berlin) bezweifelt, dass Schallwellen vom Warzenfortsatze aus senkrecht auf das nach vorn, innen und unten gerichtete Trommelfell fallen können, sondern immer nur von einem vor dem betreffenden Ohre gelegenen Punkte.

(Fortsetzung folgt.)

Gesellschaft der ungarischen Ohren- u. Kehlkopfärzte.

V. ord. Sitzung am 19. April 1894.

Vorsitzender: Emerich v. Navratil.
Secretär: Ludwig Polyák.

1) Krepuska: Symptome von Gehirndruck bei einem Falle von Otitis media suppurativa chronica. Operation. Heilung.

Pat., ein 37 Jahre alter Maschinist, der schon seit seiner Jugend an linksseitiger Otorrhoea leidet, meldete sich am 17. März 1893 mit seit sieben Tagen stärkeren Ohrenschmerzen an der linken Seite, starkem Schwindel und Erbrechen. — Status präsens: Gang incoordinirt; starker Schwindel; die linksseitigen Stirnfalten verwischt; die linke Pupille weiter; äusserer Gehörgang verengt, Trommelfell gänzlich zerstört, Promontorium mit kleinen Granulationen bedeckt. Aus der oberen Partie der Paukenhöhle entleeren sich durch die Hartmann'sche Canüle fischschuppenartige kleine Schuppen. Bei der Weber'schen Untersuchung ist das linke Ohr stark „positiv", bei der Rinné'schen Untersuchung ist das linke Ohr stark „negativ". Bei normaler Temperatur und bei Anhalten der übrigen Symptome (Nystagmus oscillatorius) sank der Puls in fünf Tagen bis auf 40 in einer Minute.

Die Diagnose schwankte zwischen Cholesteatom und Abscess des Kleinhirns, obzwar eine protrahirte Meningitis auch nicht ganz ausgeschlossen werden konnte.

Operation am 21. März. Der hochgradig sclerotisirte und eburnirte Processus mastoideus wurde aufgemeisselt, der Sinus transversus freigelegt; von da entleerte sich wenig kirschensaftartiges, seroso-sanguinolentes Secret. Der Additus war nicht gut zu erreichen. — Schwindel und Erbrechen hörten nach der Operation auf, der Puls stieg auf 80, bei fieberfreiem Verlauf erfolgte die Heilung gegen Ende April, Anfang Mai war Pat. schon arbeitsfähig. Der Krankheitsprocsss der Paukenhöhle hat ebenfalls ein Ende gefunden. Patient steht seit einem Jahre unter Beobachtung und ist bis jetzt recidivfrei geblieben.

Vortragender muss trotz des ziemlich dunklen Krankheitsbildes und trotz der nicht zu Ende geführten Operation die Heilung doch dem chirurgischen Eingriff zuschreiben, und da während dieser Operation weder Cholesteatom, noch krankhafte Veränderungen oder deren Secrete an dem Knochen und den benachbarten Hirnhäuten gefunden worden

Digitized by Google

sind, so ist anzunehmen, dass die Entleerung des neben dem gesunden Sinus transversus herausgeflossenen blutig-serösen Secretes druckerleichternd und folglich heilungsbefördernd wirkte.

Böke: Bei eitrigen Paukenhöhlenentzündungen kommen Cerebralsymptome recht häufig vor, unsicherer Gang, Pupillenerweiterung, Facialisparalyse können auftreten, ohne dass der Processus mastoideus entzündlich erkrankt wäre. In ähnlichen Fällen, wie der jetzt demonstrirte, hatten schon die älteren Aerzte die sog. Wilde'sche Incision über dem Proc. mastoid gemacht. — Neuerdings macht man schon tiefere Eingriffe, in der Annahme, dass die Ursache der Erscheinungen tiefer liegt. Redner hat in seinen neueren Fällen den Warzenfortsatz nur dann aufgemeisselt, wenn auch die Knochensubstanz erkrankt war, sonst begnügte er sich mit tiefen Incisionen, welche bis zum Periost gingen, worauf die schweren Erscheinungen aufhören und auch das jahrelange Eitern in kurzer Zeit sich vermindert. Redner schreibt die Cerebralsymptome den Hyperämien zu, welche durch die 6—7 Ctm. lange Incision beseitigt werden, wie er es eben jetzt bei zwei Fällen an seiner Abtheilung im St. Rochusspital beobachtet hat. Einen dem demonstrirten ganz gleichen Fall hat er vor drei Jahren gesehen, nach der Incision schien der Knochen ganz intact zu sein; er meisselte den Knochen, dessen Substanz elfenbeinhart war, auf und fand in der Höhle des Warzenfortsatzes ebenfalls nichts; der Kranke starb am nächsten Tage. Bei der Section wurde im Gehirn ein grosser Abscess gefunden, welcher sicherlich 2—3 Monate alt sein musste.

Was den demonstrirten Fall betrifft, so hat Vortragender den Warzenfortsatz in der Annahme eröffnet, dass es um Cholesteatom sich handelte, er ist tiefer gedrungen und nachdem er in der Höhle nichts gefunden hatte, wollte er bis zum Additus kommen, welcher nahe zur Fossa sigmoidea liegt und die innere Wand des Sinus transversus bildet. Hierher gelangt, hat er die Wand der periphlebitischen Vene berührt und das Exsudat entleert. In diesem Falle hat also die aus der Trommelhöhle hervorgegangene Entzündung eine Periphlebitis verursacht.

Lichtenberg: Auf welche Weise hat es Vortragender erfahren, dass der Ambos fehlt und dass er den Stapes berührt hat, da doch der äussere Gehörgang stark verengt und die Paukenhöhle mit Granulationen ausgefüllt war?

Krepuska: Diejenigen Theile der Paukenhöhle, welche durch Inspection nicht zu untersuchen sind und doch den wichtigsten Theil bilden, wie z. B. der Sinus superior und die Theile, die gegen den Additus antri und gegen die Tuba liegen, pflege ich mit einer äusserst dünnen, biegsamen Silbersonde zu untersuchen; auf diese Weise kann ich das Promontorium gut erreichen, ebenso in dessen unterstem Theil die Fenestra rotunda; von da höher in derselben Richtung muss der Stapes liegen, dessen beide Seiten gewöhnlich gut fühlbar sind. Das konnte ich aber in diesem Falle nicht tasten, an dessen Stelle fand ich eine Vertiefung, auf welche ich mit einer mit Watte armirten Sonde Druck ausgeübt habe, was bei dem Kranken das Gefühl von Plätschern ausgelöst hat. Auf diese Weise konnte ich constatiren, dass der Ambos fehlt, und aus dem negativen Befund in Bezug auf den Stapes konnte ich folgern, dass ich den Boden des Stapes berührt hatte.

Digitized by Google

Lichtenberg: Es ist schwer festzustellen, ob der Stapes wirklich dort war, wo Vortr. den Druck ausgeübt hat. In solchen Fällen hängt viel von dem objectiven Eindruck ab. Es ist fraglich, ob auf dem Kopfe des Stapes nicht auch Granulationen waren, welche ähnliche Symptome verursachen können?

Was die meritorische Seite des Falles betrifft, so kommt Schwindelgefühl bei fast allen Ohrenleiden vor. Redner hat einen sehr ähnlichen Fall gehabt, wo die Operation auch unterbrochen wurde. Die Operation wurde auf die Diagnose des Redn. hin (Abscessus subduralis) durch Dr. Farkas gemacht und musste unterbrochen werden. Pat ist geheilt. — Der andere Fall war ein Abscess des Warzenfortsatzes mit ähnlichen Symptomen, operirt durch Doc. Bâron, und ist ebenfalls geheilt. Ein dritter Fall (gewöhnliches Paukenhöhlenleiden mit Granulationen) hatte sämmtliche hier vorgezählte Symptome gezeigt, obzwar nachträglich bewiesen wurde, dass das 2—3 Wochen alte Leiden durch die Paukenhöhlenerkrankung verursacht wurde. Im Gegensatz zu Böke kann Redner den Nutzen der Wilde'schen Incisionen in Fällen von chron. Eiterungen nicht einsehen. Diejenigen Fälle, wo diese Incisionen genutzt hatten, sind dem jetzt vorgestellten und denen des Redners vielleicht doch nicht ähnlich?

Böke: Bei den vorgezählten Fällen hat man bei tieferen Eingriffen auch nichts gefunden und Pat. ist geheilt. Redner hat den Warzenfortsatz auch öfters eröffnet und Heilung erzielt. Er hat die Wildesche Incision deshalb hervorgehoben, weil in Fällen, wo der Knochen nicht krank ist, die 6 Ctm. lange Incision und die Abtrennung des Periosts von ebenso guter Wirkung sind, wie die Eröffnung des Warzenfortsatzes; die Symptome hören ebenso gut auf, wie bei der unterbrochenen Operation.

Lichtenberg bemerkt, dass in jenem Falle von Eröffnung der Schädelhöhle, wo die Operation unterbrochen wurde, nach 2—3 Tagen viel Eiter sich aus dem extraduralen Abscess entleert hat.

Baumgarten meint, dass die schweren Symptome in dem jetzt demonstrirten Falle durch die Eiterung der membranösen halbzirkelförmigen Canäle verursacht worden sind.

Szenes: Dem Augenspiegelbefund wird manchmal keine Bedeutung zugeschrieben. Redner hat einen Fall beobachtet, wo bei erweiterten Gefässen der Papilla keine Complication vorhanden war; ein anderes Mal gesellte Otitis media sich der Otitis externa bei, im Augenhintergrunde waren Stauungssymptome vorhanden und der Fall hat sich nach Blutegeln doch gebessert. In zwei Fällen hat Szenes tödtlichen Ausgang beobachtet, trotz des negativen Augenspiegelbefundes. Die Wildesche Incision verursacht ziemlich häufig das Aufhören des Eiterns in der Paukenhöhle, doch giebt es auch Fälle, wo die Incision nicht genügt. Bei einem subperiostalen Abscess, wo der Knochen intact war, machte Sz. die Incision und hierauf begann die Heilung, doch bildete sich später eine Metastase am Kreuzbeine und der Kr. starb.

Krepuska bedauert, bei dieser Ausdehnung der Discussion sich nicht auf die Indicationen der Eröffnung des Warzenfortsatzes ausbreiten zu können. Er hält den klinischen Verlauf für ausschlaggebend, da nur dieser es zeigen kann, was vorhanden ist. Es giebt fast keinen Fall

Digitized by Google

von frischer Otitis media, wo die Schleimhaut in der Warzenfortsatzhöhle nicht miterkrankt wäre, doch heilt sie bei solchen Fällen gewöhnlich und kommt keine Osteomyelitis oder Periostitis zu Stande; treten aber diese Complicationen auf, dann kann keine einfache Incision Heilung bringen, der Fall wird dadurch nur in die Länge gezogen und complicirt. Bei den Wilde'schen Incisionen ist es rathsam, sich auch auf die Eröffnung des Warzenfortsatzes vorzubereiten, selbst wenn der Knochen gesund ist. Sind die Indicationen richtig aufgestellt, dann kann man den gesunden Knochen ruhig aufmeisseln. Redner hat auch in ähnlichen Fällen Granulationen gefunden. Diejenigen Fälle, wo in Folge von Druck in der Paukenhöhle sich Gehirndrucksymptome und statische Störungen gezeigt hatten, sind wohl zu unterscheiden von Fällen wie der jetzt demonstrirte, wo bei normaler Temperatur der Puls bis auf 40—45 in der Minute sank. In zwei Fällen hat er auch Tuberculose beobachtet. Die Annahme Baumgarten's, dass eine Perforation der membranösen halbzirkelförmigen Canäle vorhanden war, ist richtig gedacht; Kr. hat einen solchen Fall auch secirt und histologisch und bacteriologisch untersucht. In solchen Fällen fehlen die Gehörsensationen niemals und ausser den Störungen des statischen Gleichgewichts tritt auch Fieber auf. Bei Suppurationen im Labyrinth darf man nicht spritzen, und schliesslich ist es viel leichter, nachträglich anders von diesem Fall zu sprechen, als nach einer 4tägigen Beobachtungszeit.

2) Egmont Baumgarten: Ein Fall von Nasenrachenfibrom. Der 12 Jahre alte Knabe athmet seit 4 Monaten so geräuschvoll, besonders Nachts, dass die Mutter oft schon an Erstickung gedacht hat. Seit 5 Wochen stinkender Ausfluss aus der Nase, Fieber, Kopfschmerzen; Aufnahme in das Stefanie-Kinderspital. Befund: Pat. fiebert, sieht sehr schlecht aus, athmet nur bei offenem Munde, rechte Nase normal, nur durch Septumdeviation etwas verengt, die linke Nase ist fast bis zum Ostium cutaneum durch ein grauweisses, bei Berührung leicht blutendes, hartes und pestilent riechendes Gewebe ausgefüllt. Der Fall wurde erst nach einigen Tagen klar, als einige Theile der Geschwulst durch Zange und kalte Schlinge entfernt und die Nase öfters mit Sublimatlösung durchgespritzt war. Die histologische Untersuchung (Dr. Preisz) ergab die Diagnose: Fibrom. Aus dem Nasenrachen entleerten sich Anfangs stinkende, graue grössere Gewebsfetzen. Die Operation ging sehr schwer, da das Gewebe sehr hart und nur in kleinen Stücken zu entfernen war, was jedes Mal von starker Blutung, nur durch Tamponade stillbar, gefolgt war. Nach 8 Tagen verlor sich der Geruch, die Geschwulsttheile aus der Nase und theilweise auch aus dem Nasenrachen wurden allmählig entfernt Vortr. will den Rest, welcher durch die kalte Schlinge nicht zu schneiden ist, durch Galvanocaustik oder Electrolyse zerstören, um so mehr, da er sich vor heftigen Blutungen fürchtet. Pat. sieht gut aus und hat keine Kopfschmerzen mehr.

Nasenrachenfibrome sind bei uns sehr selten, sie kommen meistens im 15.—25. Jahre vor. In diesem Falle hat sich das Fibrom aus dem Fibrocartilago basilaris entwickelt und ist deshalb von Interesse, weil Pat. erst 12 Jahre alt ist und nur aus dem Grunde zum Arzte geführt war, weil bei ihm, wie es auch Bensch beschreibt, die seltene Erscheinung aufgetreten ist, dass die Oberfläche gangränös geworden ist. Ein-

Digitized by Google

zelne Verfasser sprechen auch von Rückbildung, und bei Patienten von 20—25 Jahren operiren sie selbst dann nicht mehr, wenn die Geschwulst sehr ausgebreitet ist, ich glaube aber, dass man bei solchen passenden Fällen die Operation nicht unterlassen darf. Leider sind die Recidive bis zum 25. Jahre recht häufig und daher sollen die Kranken stets unter Controle bleiben. — Es giebt auch Fälle, wo sich die Geschwulst bis in die Schädelhöhle ausbreitet, diese, sowie jene, bei welchen das Microscop kein reines Fibrom, sondern Fibrosarcom zeigt, sind in Betreff der Prognose sehr ungünstig. Nur in solchen Fällen kann keine Rede davon sein, ohne Resection zu operiren, und deshalb kann man da den intranasalen Eingriff unterlassen.

Onodi: Bei einer 60 Jahre alten Frau wollte sich die Nasenathmung nach Entfernung der Nasenpolypen noch immer nicht herstellen, die Ursache war eine haselnussgrosse, glatte harte Geschwulst, welche am Rachendache sass. Pat. wollte sich keiner Operation unterwerfen. Nach einigen Monaten wurde die Mitte der Geschwulst weich, Pat. ging in ein Jodbad und nach ihrer Rückkehr war die erweichte Stelle grösser. Vielleicht war es ein Fibrosarcom.

Polyák hat vor zwei Jahren bei einem 20 Jahre alten Mädchen, die an Nasenpolypen litt, aus dem Nasenrachen ein riesengrosses reines Fibrom entfernt, welches hinter der Uvula noch 2 Ctm. lang in den Rachen hing und so hart war, dass der Corpus nur mit dem Messer und der Rest mit der Glühschlinge entfernt werden konnte. Die Geschwulst ging vom Vomer aus und erwies sich microscopisch als ein typisches Fibrom.

Zwillinger: Es möchte viel Zeit kosten, wenn wir hier alle durch uns operirten Fibrome vorzählen wollten. In diesem Falle ist hauptsächlich das Alter des Pat. interessant. Die Art der Entfernung wird immer durch den Ursprung des Tumors bestimmt.

Baumgarten: Nicht nur das Alter ist hier von Interesse, sondern auch der Zerfall und das Gangrän des Tumors. Vortr. hätte gern besprochen, ob die Operation nothwendig ist? Seiner Meinung nach ist dies bei Kindern stets der Fall.

Navratil hat solche Fälle früher in mehreren Sitzungen, jetzt aber immer in einer Sitzung mit der Glühschlinge operirt, wie er es auch von Balatta und Middeldorpf gesehen hat.

3) Egmont Baumgarten: Choanalpolyp.

Das Präparat stammt von einem 40 Jahre alten Manne und hat die hinteren zwei Drittel der linken Nase und den ganzen Nasenrachenraum ausgefüllt, war sogar hinter der Uvula sichtbar. Der Polyp ging von der Choane aus, war retortenförmig, $7^1/_2$ Ctm. lang und $3^1/_2$ Ctm. breit im Nasenrachen. Microscopisch war die vordere Hälfte nur Myxom, der Nasenrachentheil jedoch typisches Fibrom.

4) Discussion über die Function des M. cricothyreoideus.

Onodi eröffnet die Discussion, vorweg bemerkend, dass er sämmtliche seine Beobachtungen und Schlüsse, welche sich auf die Function des erwähnten Muskels beziehen, unverändert aufrecht erhält und diesmal die Suppositionen von Jelenffy, welchen sich auch Neumann angeschlossen hat, besprechen will. — Onodi hat in einer Versuchsserie die Function des Cricothyreoideus und die Lage des Stimmbandes

Digitized by Google

bei offener Trachea, in der zweiten Serie bei unter dem Zungenbeine geöffnetem Kehlkopfe, und endlich in der dritten Serie bei intacten Luftwegen beobachtet. Das Resultat war stets ein und dasselbe, nämlich Erhebung des Ringknorpels zum Schildknorpel und Annäherung des Stimmbandes. Die Messungen zeigten, dass das Stimmband sich 2 Mm. zur Medianlinie nähert und der Durchmesser der verengerten Stimmritze 1,2 Mm. beträgt. — Wenn das obere Horn des Schildknorpels vom Zungenbein freigelegt wird, dann wird es sich bei der Contraction des Muskels auswärts bewegen. Es folgt aus der Function des Muskels und aus der Thatsache der Spannung, dass das lose Stimmband in der Cadaverstellung bei der Extension sich gegen die Medianlinie nähern muss. Aber zu gleicher Zeit werden auch diejenigen Muskelbündel gespannt, welche ein wenig in Zusammenhang mit dem Stimmbande ihm parallel verlaufen, wie die Mm. thyreoarytaenoidei int. et ext. — Wenn diese Muskeln passiv gespannt werden, dann muss das Stimmband in der Medianlinie oder sehr nahe daran liegen. Die Annäherung des Stimmbandes ist das Resultat der passiven Bewegung bei seiner Spannung. Onodi erklärt das Auswärtsbewegen des freigelegten Horns des Schildknorpels aus der Vergrösserung des Schildknorpelwinkels und des Durchmessers zwischen den beiden Platten, entstanden in Folge der Ziehung, welche die sich verlängernden Gebilde auf die Mitte des Schildknorpels ausüben. — v. Jelenffy hat diesen Muskel auf drei Kraftcomponenten getheilt: Der erste, welcher vom Schildknorpel zum Ringknorpel geht, hebt den Ringknorpel zum Schildknorpel hinauf; der zweite Component hat blos Endpunkte, zieht den Schildknorpel nach vorn und setzt den Ringknorpel nach hinten; der dritte Component geht vom Ringknorpel zum Schildknorpel und nähert die zwei Platten des Schildknorpels in ihrer ganzen Breite zu einander und verursacht dadurch auch die Annäherung der Stimmbänder. — Diese Annahme entbehrt jeder anatomischen und physiologischen Grundlage, sie ist auch nicht nothwendig, da, wie Vortr. schon erwähnt hat, bei der Spannung auch die Erklärung der Annäherung zu finden ist. Von dieser natürlichen Erklärung kann sich Jedermann anatomisch und physiologisch überzeugen, während die Jelenffy'sche Theorie als eine blosse Annahme ausser der Möglichkeit einer Beweisführung steht. College Neumann schliesst sich der Annahme v. Jelenffy's an und erklärt die Auswärtsbewegung des freigelegten oberen Schildknorpelhorns aus der Zusammenpressung der Schildknorpelplatten. Vortragender will diese Annahmen, da sie anatomisch und physiologisch nicht zu beweisen sind, bei Aufrechterhaltung seines eigenen Standpunktes, nicht acceptiren.

Neumann will sich auf einige kurze Bemerkungen beschränken, denn diese Discussion hat eine lange Geschichte und es giebt Gegenstände, die darum nicht besser ausführbar sind, weil die damit zusammenhängende persönliche Frage dabei nicht unerwähnt bleiben kann. Da es aber für die Gesellschaft kaum von Interesse ist, wie die Gegenmeinung sich entwickelt hat, inwiefern es übereilt war und von dem Vorredner revocirt wurde, will Redner ebenfalls unerwähnt lassen.

Dass Redner vorher keinen Zwischenruf gethan hat, geschah nur aus Höflichkeitsrücksichten und nicht deshalb, weil er das acceptirt hätte, was v. Jelenffy geschrieben hat. Redner ist kein Posthumus-Commen-

Digitized by Google

tator von Jelenffy und will nur dafür verantwortlich sein, was er selbst behauptet. Er theilt die Action des M. cricothyreoideus, welcher das Stimmband spannt, ebenfalls auf drei Componenten und beruft sich dabei auf die Gesetze der Mechanik, auf die Kraftparallelogramme, nach welchen die Action der querlaufenden Muskeln auf Componenten getheilt wird. So zerfällt z. B. der M. sternocleidomastoideus auch auf mehrere Kraftcomponenten, der eine zieht den Kopf nach unten, der andere rotirt ihn einwärts. — Der M. cricothyreoideus selbst wird durch die meisten Anatomen in zwei Portionen (vertical und quer) getheilt, der erste hebt, der zweite zieht nach hinten. Es ist selbstverständlich, dass ein Muskel nicht mehr thun kann, als wozu er fähig ist, das aber thut er jedenfalls: der Muskel kommt in Contraction und bringt die zwei Endpunkte näher zu einander, sofern diese Endpunkte beweglich sind und sofern keine Gegenkraft arbeitet.

Wenn Muskelfasern vom Ringknorpel zum Schildknorpel gehen, dann können diese bei der Contraction nichts Anderes thun, als den Ringknorpel zum Schildknorpel näher bringen. Dass aber der M. cricothyreoideus nicht nur einen verticalen, sondern auch einen horizontalen Componenten besitzt, das wird fast von Allen zugegeben, die sich mit der Sache beschäftigen, denn die Nachgiebigkeit des Gelenkes ermöglicht nicht nur die Charnierbewegung, sondern auch die Verschiebung in das Horizontale (zweiter Component); dasselbe wird von Niemandem bezweifelt. Der dritte Component endlich wirkt in der frontalen Fläche, denn diejenigen Muskelfasern, welche nach dieser Richtung vom Ringknorpel zur inneren Fläche des einen grösseren Kreis bildenden Schildknorpels verlaufen, ziehen den letzteren zum steifen Ringknorpel hin, d. h. sie drücken ihn seitwärts zusammen. Wenn ich mich auch nicht mit Jelenffy decken will, so erwähne ich doch, dass seine Meinung auch von Grützner angenommen wurde.

Ich will nur noch das Eine beweisen, dass die Auswärtsbewegung der grossen Hörner der Schildknorpel durch den Muskel und nicht durch die Stimmbänder verursacht wird. Zu diesem Zwecke habe ich die Stimmbänder zerschnitten und gefunden, dass das grosse Horn auf die Muskelfunction die Auswärtsbewegung macht.

Halász will als Anatom an der Discussion Theil nehmen. Die meisten Anatomen glauben, dass der Ausgangspunkt des M. cricothyreoideus am Ringknorpel und der Endpunkt am Schildknorpel liegt, und nehmen an, dass der Muskel den Schildknorpel vor- und abwärts zieht und auf diese Weise die Stimmbänder spannt. Die physiologischen Versuche haben bewiesen, dass der Ringknorpel zum Schildknorpel hinaufgezogen wird, was ein Beweis dafür ist, dass der Muskel vom Schildknorpel entspringt und zum Ringknorpel geht. — Was die Theilung des Muskels betrifft, so kann er dies nicht zugeben, physiologisch fungirt hier auch nur ein Muskel. Das Beispiel, dass der Sternocleidomastoideus zwei Abgangspunkte hat und daher auch eine doppelte Function besitzt, während der Cricothyreoideus nur einen Abgangspunkt hat, war ein schlechtes. Was die Auswärtsbewegung des grossen Hornes betrifft, so hält Vortr. Onodi's Erklärung für richtiger, da er Neumann's heute zuerst erwähntes Experiment noch nicht gesehen hat.

Onodi: Nachdem man in der Anatomie keinen solchen Muskel

Digitized by Google

kennt, wie den Cricothyreoideus, dessen Action in drei verschiedenartig wirkende Componenten zerlegbar wäre, so halte ich meine Behauptung aufrecht. Grützner hat Jelenffy's Ansicht blos erwähnt, ohne irgend eine Beobachtung oder Beweis zuzusetzen, das hat also keinen besonderen Werth. Der letzterwähnte Versuch Neumann's ist jedenfalls interessant, obzwar er sich nur auf eine untergeordnete Frage und nicht auf die normalen Verhältnisse bezieht; ich möchte nur wissen, ob sämmtliche Weichtheile oder blos die Stimmbänder entfernt worden sind, denn im zweiten Falle konnten die letzteren noch immer die Auswärtsbewegung der grossen Hörner verursachen. Redner wiederholt, dass er sich weder anatomisch noch experimentell von der Behauptung Jelenffy's und Neumann's überzeugen konnte, dass dieser Muskel die Schildknorpelplatten zusammendrücken und einander nähern kann, ein Beweis dafür ist auch nicht zu erbringen, da jede anatomische und physiologische Grundlage fehlt.

Neumann wundert sich über die Behauptung von Onodi und Halász, dass die Action dieses Muskels in keine Componenten zerlegbar ist. Die Herren sprechen so, dass sie nur die Leiche vor den Augen haben und entbehren jedes Sinnes für die Erscheinungen an den Lebenden. Da hört ja jede Physiologie und jede Erklärung auf. Bei der Zertheilung auf zwei Kraftcomponenten ist es ja gar nicht nöthig, dass die Fasern des Muskels in verschiedener Richtung verlaufen sollen, sondern der Effect wird auf mechanischer Basis erklärt, weil die mechanische Action fast aller querverlaufender Muskeln in Componenten zerfällt.

Onodi: Mit Beispielen kann die Frage nicht entschieden werden. Wenn eine That existirt, so muss man sie auch anatomisch und physiologisch erklären und beweisen können.

II. Referate.

a) Otologische:

Statistischer Bericht über die in den Jahren 1887—1889 incl. behandelten Ohrenkranken. Von Prof. F. Bezold. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXII, X)

Der vorliegende Bericht ist der siebente dreijährige über des Autors otiatrische Thätigkeit; er bezieht sich auf 4473 Patienten mit 4867 Erkrankungen, wovon 22,4 pCt. bei Kindern unter 15 Jahren vorkamen.

Es vertheilen sich von obiger Zahl der Erkrankungen

21,7 pCt. auf Erkrankungen des äusseren,
65,7 „ „ „ „ mittleren und
12,6 „ „ „ „ inneren Ohres,

ein Ergebniss, das nur wenig von dem der letzten drei Triennien differirt; es würde zu weit führen, auf die Procentzahlen der einzelnen Erkrankungen hier zurückzukommen, die Bezold in sorgfältig ausgearbeiteten Tabellen niedergelegt hat; es sei aber nachdrücklichst auf dieselben hingewiesen.

Digitized by Google

Eine wesentliche Differenz gegen die von Bürkner ausgearbeitete Statistik über 100000 Patienten verschiedener Ohrenärzte findet sich bei den Erkrankungen des inneren Ohres —, bei Bürkner 6,6 pCt., bei Bezold 12,6 pCt.; dagegen hat in Bezold's Berichten die Diagnose „chronischer Mittelohrcatarrh" bedeutend abgenommen, die der nervösen Schwerhörigkeit bedeutend zugenommen, eine Folge der neuen verbesserten Untersuchungsmethoden.

Eine dritte Tabelle enthält die Uebersicht über Einseitigkeit und Doppelseitigkeit, Alter, Geschlecht, subj. Geräusche, Schwindelerscheinungen und Heredität bei den am schwierigsten zu diagnosticirenden Formen, den chronischen, nicht eitrigen Erkrankungen des mittleren und inneren Ohres. Die sehr lehrreichen Zusammenstellungen des Autors über diese einzelnen Gruppen sind im Originale nachzusehen; hier mag Folgendes besonders hervorgehoben werden:

An diesem Krankenmateriale sind die von Bezold bei früheren Gelegenheiten*) entwickelten Grundsätze für die Untersuchung zur Anwendung gekommen; bereichert hat sie Bezold durch die Prüfung mit tiefsten Stimmgabeln, F^{-1}, Des^{-1} und C^{-1}, welche Töne durch verschiedene Belastung einer und derselben Stimmgabel zu erreichen sind; in der Prüfung für diese tiefsten Töne durch die Luftleitung sieht Bezold eine sehr wichtige Ergänzung der Functionsprüfung.

B. hat sich nur dann für berechtigt gehalten, beim Mangel an sonstigen objectiven Symptomen die Diagnose auf „Otitis media simplex chronica ohne Einsenkungserscheinungen am Trommelfell" zu stellen, wenn 1) eine Verkürzung am unteren Ende der Tonscala, 2) eine Verlängerung der Knochenleitung für die Stimmgabel A und 3) ein je nach der noch vorhandenen Hörweite verkürzter positiver oder ein negativer Ausfall des Rinne'schen Versuches mit Stimmgabel a^1 constatirt werden konnte.

Als nervöse Schwerhörigkeit wurden dagegen alle Fälle bezeichnet, bei welchen der Rinne'sche Versuch mit a^1 sowohl, als auch mit A unverkürzt oder, verhältnissmässig zur Hörweite, nur wenig verkürzt positiv ausfiel und wo Verkürzung oder totaler Mangel der Knochenleitung vorhanden war. Die Mehrzahl dieser Kranken hörte trotz oft hochgradiger Schwerhörigkeit die tiefen Töne bis zum unteren Ende der Scala per Luftleitung.

Einen grossen Procentsatz in der Bezold'schen Statistik umgreift noch die „Dysacusis", in welcher Rubrik alle jene Fälle zusammengefasst wurden, bei denen eine unzweifelhafte Entscheidung über den Sitz der Krankheit nicht gewonnen werden konnte; allerdings ist die Zahl der Fälle von Dysacusis im letzten Berichte schon geringer, 153 gegen 209 im Berichte von 1881 – 83, dagegen hat die Zahl der Diagnosen: „nervöse Schwerhörigkeit", wie schon oben erwähnt, zugenommen.

Für die Aetiologie in Bezug auf die Entstehung der chronischen sclerosirenden Mittelohraffectionen einerseits und der nervösen Schwerhörigkeit andererseits konnte Bezold sehr werthvolle Beiträge bei der Abfassung seiner Statistik liefern; auch hierauf muss nachdrücklichst hingewiesen werden.

---

*) Statist. Ergebn. über die diagn. Verwerthbark. des Rinne'schen Vers. und Nachträge hierzu.

Digitized by Google

Bei der Verzeichnung der therapeutischen Ergebnisse hat sich Bezold wieder nur auf die Mittelohreiterungen beschränkt und nur die in der Privatpraxis behandelten Kranken berücksichtigt.

Von den in die Statistik einbezogenen acuten 171 Mittelohreiterungen betrafen 40,4 pCt. Kinder, 59,6 pCt. Erwachsene. Die Erkrankung war in 87,1 pCt. einseitig, 12,9 pCt. doppelseitig. Geheilt wurden 72,6 pCt., gebessert 5,8 pCt., ungeheilt blieben 3,5 pCt., gestorben sind 2,3 pCt.

Von den 452 chronischen Mittelohreiterungen fanden sich nur 25 pCt. bei Kindern; die Erkrankung war in 81,4 pCt. einseitig, in 18,6 pCt. doppelseitig.

Heilung mit Wiederverschluss der Perforation erfolgte in 1,8 pCt.,
Aufhören der Eiterung . . . . . in 50,9 pCt.,
ungeheilt blieben . . . . . 11,1 pCt.,
lethaler Ausgang wurde bekannt . . . . . in 0,4 pCt.

Aus der reichen Zahl der Operationen sei folgende hervorgehoben:

Bezold veranlasste bei einem Mädchen von sieben Jahren, welches beiderseits an angeborener Atresie des Gehörganges bei rudimentärer Muschel litt und dabei relativ gut hörte, die Operation behufs Bildung eines künstlichen Gehörganges. Beiderseits wurde das Muschelrudiment von rückwärts her vom unterliegenden Knochen abgelöst, wobei sich keine Spur eines knöchernen Gehörganges finden liess, da die vordere Fläche des Warzenfortsatzes rechts wie links direct den aufsteigenden Unterkieferast berührte.

Dieser Befund lehrt somit, wie auch die bisherigen Sectionsergebnisse einschlägiger Fälle, welche vollkommenen Defect des Annulus tympanicus ergaben, dass bei Missbildung der Ohrmuschel mit Atresie des Gehörganges durchgängig eine Agenesis des Os tympanicum und damit auch zum Mindesten des Trommelfelles vorzuliegen scheint, und dass daher eine künstliche Gehörgangsbildung keine Aussicht auf Erfolg bieten kann.

Interessant ist auch ein Fall von Versteinerung alter Epidermismassen im äusseren Gehörgange; den Schluss der Arbeit bildet eine specielle Uebersicht über die in dem Triennium beobachteten Scharlacherkrankungen des Ohres. Gomperz.

Zur microscopischen Anatomie der Geschwülste des äusseren Ohres. Von Docent Dr. Haug. (Ibidem, XI.)

Die Arbeit ist der eingehenden Erörterung der microscopischen Anatomie von 12 Geschwülsten gewidmet, von denen drei Fibrome, ein Keloid, einmal Knotentuberculose und Angiom den Lobolus betrafen; ein weiches Fibrom sass im äusseren Gehörgang, ein Lymphangiofibrom am Tragus; ein Chondromyxom wucherte an der hinteren Fläche der Ohrmuschel, die übrigen vier Geschwülste waren Carcinome. Die Ergebnisse der histologischen Untersuchung bieten manches Neue, noch nicht Beschriebene. Gomperz.

Schnupftabak als Ursache einer acuten Mittelohrentzündung. Von Docent Dr. Haug. (Ibidem, XII.)

Der Patient nieste nach einer Prise mit völlig geschlossenem Munde, wonach er sofort das linke Ohr wie verschlagen fühlte; noch in derselben

Digitized by Google

Nacht kamen Schmerzen, die nach 3 Tagen den Patienten zum Arzte trieben. H. fand sehr intensive Otitis media und führte gleich die Paracentese aus; im vorquellenden eitrigen Secrete fanden sich Schnupftabakkörner. Gomperz.

Zur Geschichte und Technik der operativen Freilegung der Mittelohrräume. Von Prof. Dr. E. Zaufal. (Arch. f. Ohrenhlkde. 37, V.)

Die Frage der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes nahm 1889 eine neue Wendung, als die Chirurgen Küster und Bergmann die Art ihres Vorgehens bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes mittheilten. Küster forderte die breite Blosslegung des Krankheitsherdes, um alles Krankhafte entfernen und die Eiterquelle so vollkommen freilegen zu können, dass der Eiter nirgends in seinem Abflusse behindert ist. — Obwohl Küster's Technik ungenügend und seine Indicationsstellung in Hauptpunkten unrichtig erschien, fand sein Mahnruf lebhaften Nachhall; gegen die Forderung breitester Freilegung des Entzündungsherdes konnte ein Widerspruch nicht erhoben werden und es war klar, dass diesem Postulate der Schwartze'sche Trepanationscanal nicht immer entsprechen konnte

Zaufal hat nun gleich nach der ersten Mittheilung Küster's den von diesem eingeschlagenen Weg betreten und dessen Vorschlag, die hintere knöcherne Gehörgangswand nicht zu schonen, aufgenommen. Zaufal ist dabei einen sehr wichtigen Schritt weitergegangen, indem er die Nothwendigkeit erkannte, auch die Pars epitympanica des Gehörganges wegzunehmen, und schon im April 1890 beschrieb er in klarster Weise, unter Bezugnahme auf 12 so operirte Fälle, seine Methode, mit der es ganz gefahrlos möglich wird, die Räume der Paukenhöhle und des Antrum mit der auf pathologischem Wege im Proc. mastoideus gebildeten Höhle und dem Lumen des äusseren Gehörganges in eine grosse zusammenfliessende Höhle mit breiten Communicationen umzuschaffen, in der Secretstauungen nicht vorkommen können, und aus der sich, selbst bei vollständigem Vernähen der äusseren Wunde, das Secret frei in den äusseren Gehörgang ergiessen kann.

Ein halbes Jahr später schilderte Stacke seine Methode der operativen Freilegung der Mittelohrräume, welche sich in ihrem Endresultate mit dem der Zaufal'schen Methode deckt.

Die Operationen von Zaufal und Stacke kommen bei acuten Mittelohrentzündungen nur ausnahmsweise zur Ausführung; vorwiegend sind sie bei chronischen Eiterungen indicirt.

Zaufal hält sein Verfahren in folgenden Fällen für angezeigt:

1) In allen jenen Fällen chronisch-eitriger Mittelohrentzündung, bei denen es zur Schwellung, Schmerzhaftigkeit oder Abscessbildung an der äusseren Fläche des Warzenfortsatzes kommt, bei Fisteln an der äusseren Fläche des Proc. mast. und in der hinteren knöchernen Gehörgangswand, bei knöcherner Gehörgangsstenose und Facialisparalyse.

2) Beim Auftreten von Gehirnerscheinungen (wie fortschreitender Hyperämie des Augenhintergrundes, Neuroretinitis, Schwindel, Erbrechen u. s. w.) und Herdsymptomen, bei länger dauerndem hohen continuirlichen oder remittirender, ferner bei septischem Fieber, ob der Proc. mast. von aussen Entzündung zeigte oder nicht.

Digitized by Google

In diesen letzteren Fällen ist die breiteste Freilegung aller Mittelohrräume nothwendig, da sie oft als Voroperation zur Eröffnung der Schädelhöhle dient behufs Entleerung extraduraler Abscesse, zum Aufsuchen von Hirnabscessen oder zur Eröffnung des Sinus sigmoideus und transversus. In solchen Fällen nach Stacke zu operiren, wäre nach Z. eine unnütze Zeitvergeudung.

3) Bei ausgebreiteter Cholesteatombildung.

4) Bei in der Paukenhöhle oder dem Antrum eingekeilten Sequestern und Fremdkörpern, besonders, wenn alarmirende Erscheinungen hinzutreten.

5) Bei profuser jauchiger Secretion, bei Actinomycose und Tuberculose des Mittelohres.

Die Operationsmethode Zaufal's besteht aus folgenden Acten:

1) Die Freilegung des Operationsfeldes.

2) Die Exstirpation der hinteren oberen membranösen Auskleidung der Pars ossea des Gehörganges, resp. die Auslösung der ganzen membranösen Auskleidung nach Stacke.

3) Die Freilegung des Antrum mastoideum durch Ausmeisselung des Warzenfortsatzes und Wegnahme der ganzen hinteren knöchernen Gehörgangswand.

4) Die Wegnahme der Pars epitympanica (der äusseren unteren Wand des oberen Trommelhöhlenraumes)

5) Die Exenteration der Mittelohrräume.

6) Naht und Verband.

7) Nachbehandlung.

Die kurze Wiedergabe der Details dieses Verfahrens ist nicht gut möglich und muss hierbei auf das Original verwiesen werden.

Der Hauptzweck der Operation ist, an den Wänden der chronisch erkrankten Mittelohrräume die Bildung eines gesunden Narbengewebes zu erreichen, dessen Oberfläche weder Cholesteatom noch Eiter erzeugt. Bei den geheilten Fällen sah Zaufal die Hohlräume sich mit einer dünnen, trockenen, durchsichtigen glänzenden oder mit einer gelblichen dicken, festen, straff gespannten, glänzenden, trockenen Membran überkleiden, oder sie füllten sich mit trockenen, festen, callösen Bindegewebsmassen aus.

Die Anlegung permanenter Oeffnungen im Warzenfortsatz durch Hauttransplantation, wie sie besonders bei Cholesteatom geübt wird, hält Zaufal zwar für ganz zweckmässig, aber doch auch für eine Verstümmelung; die Aufgabe dieser Sicherheitslöcher wird bei seiner Operation durch die breite Communicationsöffnung der Mittelohrräume mit dem äusseren Gehörgang übernommen. Gomperz.

b) Rhinologische:

Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen. Von Dr. Killian in Freiburg i. Breisgau. (Archiv für Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 234, 1894.)

Vorwiegend topographisch-anatomische bezw. anthropologische Studie, um auf Grund der vergleichenden Entwickelungsgeschichte den an indi-

Digitized by Google

viduellen Eigenthümlichkeiten so ausserordentlich reichen Bau der menschlichen Nase morphologisch verstehen zu lernen. Diese Studie stützt sich auf Beobachtungen an den Köpfen von 239 menschlichen Embryonen mit im Ganzen 472 Kopfhälften. Einzelheiten der durch sehr gute Abbildungen illustrirten, werthvollen Arbeit müssen im Originale nachgelesen werden. Beschorner.

Ueber die Nerven der Nasenpolypen. Von Dr. O. Kalischer in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc, Bd. II, Heft 2, pag. 269, 1894.)

K. weist nach, dass das Vorkommen von Nerven in den Schleimpolypen der Nase durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört, vielmehr ein recht häufiges ist, dass ferner die Polypen durchschnittlich arm an Nerven sind und dass diese oft über grosse Strecken verlaufen, ohne Seitenäste abzugeben. Auffallend sind die in ziemlich regelmässigen Zwischenräumen wiederkehrenden Kerne, welche, von schmaler und länglicher, oft unregelmässiger, knolliger Form, den Nerven ausserordentlich fest anliegen, so dass leicht der Eindruck entsteht, als bilden sie eine Anschwellung der Nerven selbst. Aus dem Verlauf der Nervenfasern und der besonderen Form und Anordnung der Kerne geht hervor, dass es sich um neugebildete Nerven handelt. Beschorner.

Zum Wesen und zur Heilbarbeit der Ozaena. Von Dr. L. Réthi in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc, Bd. II, Heft 2, pag. 194, 1894.)

R. glaubt, dass das Wesen der Ozaena, unter welcher Krankheit er jenen chronischen Nasencatarrh versteht, bei dem sich ein specifischer, ganz eigenartiger Geruch entwickelt, der für sich allein zur Erkennung und Characterisirung der Krankheit hinreicht, weder im Epithel, noch in den Gefässen, noch in der Zellinfiltration und Schrumpfung der Schleimhaut zu suchen ist, sondern in Veränderungen der Drüsen und fettiger Degeneration, da dieser Befund bei Ozaena ein constanter ist. — Von einer Zusammengehörigkeit von Ozaena und Nebenhöhlen-Erkrankungen oder einer Abhängigkeit jener von diesen, wie sie von mancher Seite angenommen und betont wird, meint R., könne nur dann die Rede sein, wenn dem in den Nebenhöhlen abgesonderten Secret der Ozaenageruch anhaftet. Die Nebenhöhle kann miterkranken und auch allein Sitz der Erkrankung sein, doch sind solche Fälle selten. — Die Prognose der Krankheit ist im Allgemeinen schlecht und nur, wenn der Process noch nicht weit vorgeschritten ist, die Schleimhaut noch einen gewissen Grad von Succulenz besitzt, noch nicht atrophirte, kann sich bei entsprechenden Maassnahmen, namentlich bei jugendlichen Individuen eine Besserung bezw. Regeneration vollziehen. In nicht sehr veralteten Fällen sah Autor die besten Erfolge von oberflächlichen Aetzungen; in solchen mit bedeutender Schrumpfung der Schleimhaut und hochgradigen Veränderungen setzt er tiefergehende Schorfe, um einen Theil der Schleimhaut zu zerstören und wenigstens die Zahl der das specifisch veränderte Ozaenasecret liefernden Drüsen wesentlich zu verringern. Beschorner.

Digitized by Google

Ein Apparat zur Behandlung der Ozaena durch Massage. Von Dr. H. Daae in Christiania. (Archiv für Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 265, 1894.)

Dünner, ein wenig gebogener, etwas elastischer Wattehalter, der durch Umdrehen einer Rolle in rotirende Bewegung versetzt wird; die Rolle, mit einem Griffe versehen ist, durch eine elastische Schnur mit dem Schwungrad verbunden. Letzteres wird an einer Tischplatte oder dergl. befestigt und vom Patienten selbst gedreht. Der Kranke kann sich dergestalt selbst gefahrlos behandeln. Die Watte wird mit 1 ‰ Sublimat-Lanolin versehen, und indem man den Wattehalter in der Nase vor- und rückwärts bewegt und successive alle Theile der Nasenhöhle berührt, wird die ganze Nasenschleimhaut vibrirt, und zwar eine Minute lang erst täglich, dann in grösseren Zwischenräumen. Der Gestank verschwindet nach 1—2maliger Behandlung, und wenngleich D. keineswegs behaupten will, dass man durch Massage Ozaena heilen kann, so glaubt er doch, dass keine andere Behandlungsmethode so wenig unangenehm und ungefährlich ist und so ermunternde Resultate aufweist, wie eben die beschriebene. Beschorner.

Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. Von Dr. A. C. Grönbach in Kopenhagen. (Arch. f. Laryngol., Bd. II, Heft 2, pag. 214, 1894.)

Unter 23 Patienten, bei welchen adenoide Vegetationen entfernt wurden, fanden sich 12, bei denen die Enuresis nocturna, die seit mehreren Jahren bestanden hatte, unmittelbar oder doch kurze Zeit nach der Operation aufhörte, ohne innerhalb der Observationszeit (wenn nicht Recidive der Vegetationen oder geschwollene Tonsillen, wie in 2 Fällen, bezw. vorübergehende Rückkehr veranlassten) zu recidiviren. — Fünf Patienten, ebenfalls mit mehrjähriger Enuresis, wurden durch die Operation wesentlich, zwei etwas gebessert, ein Patient, dessen Observationszeit sich nur über neun Tage erstreckte, war während dieser Zeit vollständig trocken gewesen. — Nur drei Fälle blieben ungeheilt. G. hält gehinderte nasale Respiration, insbesondere die durch vorhandene adenoide Vegetationen veranlasste, für die häufigste Ursache von Enuresis nocturna. Beschorner.

Ein Fall von primärem Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle. Von Dr. Reinhard in Duisburg a. Rh. (Arch. f. Laryngol., Bd. II, Heft 2, pag. 230, 1894.)

65jähriger Patient klagt ausser über einseitige Nasenverstopfung und Naseneiterung, Appetitmangel, Verdauungsbeschwerden über anhaltende Schlaflosigkeit, hervorgerufen durch Kopfschmerz und unerträglichen Gestank in Folge von stetig sich absondernden Nasensecretes. — Es findet sich im linken mittleren Nasengange eine breite Eiterstrasse, die zum Hiat. semilunar. führt; am vorderen Ende der mittleren Muschel sieht man polypenartige Gebilde, leicht blutend und derb. Der harte Gaumen linkerseits fühlt sich bei intacter Oberfläche in seinen hinteren zwei Dritteln erweicht an und giebt dem Fingerdruck nach. In sämmtlichen Alveolen der drei oberen Backzähne zeigt sich eine längliche, zusammenhängende Spalte, durch welche man mit der Sonde bequem in die

Digitized by Google

Oberkieferhöhle gelangt. Beim Sondiren stiess man überall auf einen weichen, aber soliden Widerstand, welcher den Verdacht auf eine maligne Neubildung erweckte. Es wurde nur ein Stückchen von dem die Alveolen ausfüllenden Gewebe untersucht und als Epithelial-Carcinom erkannt. Nach Totalresection des Oberkiefers konnte Patient, 5 Wochen nach der Operation, sehr gebessert entlassen werden. Beschorner.

Ueber die Prothese bei Behandlung der chirurgischen Fisteln des Sinus maxillar. (De la prothèse dans le traitement des fistules chirurgicales du sinus maxillaire) Von G. v. Marion. (Archiv internat. de Laryngol. etc., Bd. VIII, No. 1, Januar/Februar 1895.)

Das zum Durchspülen der Highmorshöhle nach Durchbohrung von der Alveole aus bestimmte Metallröhrchen ist an einer aus Kautschuk, Gold oder Platin gefertigten Gaumenplatte, welche gleichzeitig dem Ersatze für die fehlenden Zähne dient, angebracht. Beschorner.

Ueber Fremdkörper im Sinus maxillaris, insbesondere über ihre Entfernung durch den Hiatus semilunaris. (Des corps étrangers du sinus maxillaire et en particulier de leur élimination par l'hiatus semi-lunaire.) Von Dr. M. Gouly. (Archiv internation. de Laryngol. etc., Bd. VIII, No. 1, Januar/Februar 1895.)

Bei Anwesenheit von Fremdkörpern im Sin. maxillar. soll man zunächst versuchen, dieselben durch forcirte Injectionen antiseptischer Flüssigkeiten von der Alveole aus auf dem Wege durch den Hiatus semilunaris zu entfernen. Dass dies nicht selten gelingt, dafür bringt G. eine Anzahl frappanter Belege. — Wo es nicht gelingt, muss die Extraction mittelst Polypenschlinge oder einer geeigneten Zange (die Abbildung einer solchen ist beigegeben) geschehen, wobei man trachten muss, durch passende Kopfstellung des Kranken den Fremdkörper nahe dem Hiatus semilunar. zu bringen, so dass er von da aus gefasst zu werden vermag. Aeussersten Falles muss eine breite Oeffnung in der Fossa canina angelegt werden, von welcher aus die Extraction des Fremdkörpers bewerkstelligt bezw., nach ausgiebigem Curettement, der Eiterung Einhalt gethan werden kann. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ein Fall von symmetrischer Parotitis mit Sclerose der Mundschleimhaut. (Sur un cas de parotidite symmétrique avec sclérose de la muqueuse buccale.) Von Dr. Battle. (Société clinique de Londres, séance du 8 Février 1895 und Semaine médicale No. 10, 1895.)

Bei einer 54jährigen Frau besteht seit 2 Jahren eine beiderseitige chronische Parotitis, welche Schwellungen alle 2—4 Wochen zunahmen. Die Mundschleimhaut war trocken und glatt; es bestand Atrophie der Schleimdrüsen. Der Ursprung datirt vor fünf Jahren, der Menopause entsprechend. Die chronischen Anschwellungen waren schmerzlos, die darüberliegende Haut normal. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von Mund-, Kieferhöhlen- und Nasentuberculose. Von Dr. H. Neumayer in München. (Arch. f. Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 260, 1894.)

Bei einem 37 Jahre alten Phthisiker heilte eine durch Zahnextraction gesetzte Wunde der rechten Seite des Oberkiefers nicht, es kam vielmehr zu einer Lockerung und Entzündung der benachbarten, vorher gesunden Partien. Innerhalb von zwei Jahren pflanzte sich der Process allmählig auf das Zahnfleisch des ganzen Oberkiefers und auf einen Theil des harten Gaumens fort und auch der Sinus maxillaris, wie die rechte Nasenseite wurden von der Erkrankung mit betroffen. Obgleich der Nachweis von Tuberkelbacillen in den afficirten Geweben selbst nicht gelang, so musste doch die Schleimhauterkrankung auf Tuberculose zurückgeführt werden, da sich das Epithel zerstört fand und in dem subepithelialen Bindegewebe zahlreiche Zellanhäufungen, welche centralen Zerfall erkennen liessen und einzelne Riesenzellen enthielten, nachgewiesen werden konnten. Es erscheint wahrscheinlich, dass die bei der Zahnextraction gesetzte Verletzung zur Eingangspforte für den Tuberkelbacillus wurde. Beschorner.

Ueber den vergleichenden Werth der rhythmischen Zungentractionen und des Lufteinblasens zur Wiederbelebung Neugeborener. (De la valeur comparative des tractions rythmées de la langue et de l'insufflation comme moyen de rappel à la vie.) Von Dr. Tarnier. (Académie de médecine de Paris, séance du 19 Février 1895 und Semaine médicale No. 10, 1895.)

Trotz aller entgegengesetzten Behauptungen wissen die Geburtshelfer, dass das Lufteinblasen tausenden von Kindern das Leben selbst nach 2, 3 und 4 Stunden Scheintod gerettet hat; bis jetzt haben die von Laborde angerathenen Zungentractionen keinen solchen Erfolg aufzuweisen. Dass das Lufteinblasen, weil es Exspirationsluft ist, dem Kinde nur Kohlensäure einführt, ist falsch; denn die Physiologie beweist, dass jede Exspiration ungefähr einen halben Liter giebt, von welchem halben Liter die ersten 170 Cubikcentimeter keine Spur von Kohlensäure enthalten, während dem Neugeborenen bei gelindem Einblasen 30 und bei starkem Einblasen 60 Cubikcentimeter Luft eingeführt wird; es kommt also auf keinen Fall Kohlensäure in die Lungen des Neugeborenen. Jedenfalls ist die Methode der Zungentractionen derjenigen des Lufteinblasens nicht vorzuziehen; man kann beide probiren; da nicht jeder Scheintod dieselbe Ursache zu haben scheint, soll man alle Methoden probiren. Dr. P. K.

Hypertrophie der Zungenmandel. (Hypertrophie de l'amygdale linguale.) Von Dr. Clarence. (Archiv. of pediatrics No. 4, 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Ein 12jähriger Knabe hat einen eigenthümlichen Husten, welcher weder vom Larynx, noch vom Pharynx, noch von den Lungen her zu erklären ist. Es zeigt sich schliesslich Hypertrophie der Zungenmandel mit nach vorne zurückgeschlagener Epiglottis; durch diese, dem Gewöhnlichen nicht entsprechende Lage der Epiglottis bestand fortwährender Reiz, welcher den continuirlichen Husten hervorbrachte. Galvanocauter brachte Heilung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Beitrag zur Lehre der Functionen der Schilddrüse. Pathogenie der Basedow'schen Krankheit. (Contribution à l'étude des fonctions de la glande thyroide. Pathogénie de la maladie de Basedow.) Von Dr. Canter. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 1, 1895.)

Die Secretion spielt eine Hauptrolle in der Zerstörung der Grundsubstanz des Bindegewebes und wirkt auf die Nervensubstanz. Das Fehlen der Secretion bedingt das Myxödem, die Hypersecretion bedingt die Gesammtheit der Symptome des Morbus Basedowi. Verf. erklärt diese beiden Serien von Symptomen nach seinen an Hunden ausgeführten Experimenten. Er erklärt ferner die wichtige Wirkung der Dosen von Thyroidin und deren beträchtliche Desassimilation auf das Nervensystem in den ersten Stadien der Intoxication. Dr. P. K.

Ueber die Ursache der Aegophonie. (Des causes de l'égophonie.) Von Dr. Taylor. (Société royale de médecine et de chirurgie, séance du 12 Février 1895 und Semaine médicale No 10, 1895.)

Taylor spricht über die physicalischen Bedingungen, welche zur Production der Aegophonie nöthig sind. Die Aegophonie ist nach Verf. nichts Anderes, als eine musikalische Dissonanz, welche durch die Verstärkung der obersten Obertöne des vom Kranken ausgegebenen Tones entstanden ist, während der Grundton in den unteren Obertönen wegfällt. Diese Verstärkungen und Wegfall der Obertöne rühren von krankhaften Veränderungen der Bronchialwände her, welche Wände die oberen Obertöne, nicht aber die unteren Obertöne verstärken. Diese Dissonanzen sind am deutlichsten, wenn Patient die Vocale e und i ausspricht. Die an 25 Patienten gemachten Experimente haben ergeben, dass die Aegophonie nicht immer auf die obere Gegend der Dämpfung beschränkt ist und dass sie bestehen kann, ohne dass ein pleuritisches Exsudat vorhanden ist. So bestand z. B. Aegophonie bei einem Fall von Pneumonie, wo die Bronchien durch Fibrinpfröpfe verstopft waren. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass Aegophonie zwar am häufigsten bei pleuritischem Exsudat, in manchen Fällen aber auch bei Veränderung der Bronchialwände ohne Pleuritis vorkommt. Jedenfalls ist die Aegophonie kein sicheres Zeichen von Pleuritis. Dr. P. K.

Ein Fall von rechtsseitiger Recurrenslähmung in Folge von Aneurysma der rechten Arteria subclavia. Von Dr. Edm. Meyer in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 263, 1894.)

Zwei Punkte sind es, die M. nach Schilderung eines, einen 38jähr. Fleischer betreffenden Falles hervorhebt: 1) Die rechtsseitigen Recurrenslähmungen sind seltener, als die linken, insbesondere gehört eine Parese rechts in Folge von Aneurysma zu den grossen Seltenheiten; 2) Pulsationen im Pharynx sind nicht gerade Seltenheiten, aber Pulsationen von der Ausdehnung und der Intensität wie im vorliegenden Falle müssen ohne Weiteres den Verdacht auf Aneurysma entstehen lassen.

Beschorner.

Digitized by Google

Ein Fall von Diphtherie, der erfolgreich mittelst Einblasungen und Tabletten von Magnesia sulfurica behandelt wurde. (A case of diphtheria succesfully treated by insufflations and tabloids of pure sulphite of Magnesia.) Von Brownlow R. Martin, M. B., Dublin. (Lancet, 9. Februar 1895.)

Verf. empfiehlt auf die Erfahrung des einen Falles hin das Mittel, da auch Nachkrankheiten am 13. Tage ganz gefehlt hätten!!

M. Schm.

Beitrag zum Studium der Diphtheritis und der Serumtherapie. (Contribution à l'étude de la diphtérie et de la sérothérapie.) Von Dr. Roux und Dr. Martin.

300 Fälle von Diphtheritis. (Trois cents cas de diphtérie.) Von Dr. Roux, Dr. Martin und Dr. Chaillou. (Annales de l'Institut Pasteur, Septbr. 1894 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Die Experimente des Institut Pasteur über die Behandlung der Diphtheritis mittelst des antitoxischen Serums beruhen auf einer neuen Theorie der Immunität. Die ersten Ideen gingen von der Dorpater Schule (Dissertation von Grohman) und einigen Breslauer Aerzten aus. Aber erst aus den Versuchen von Buchner, Behring und Kitasato ging das klar dargestellte Factum hervor: Man kann ein Thier gegen eine Bacterienkrankheit impfen; das Blut dieses Thieres erhält durch diese Impfung eine derartige toxicide Kraft, dass ein damit geimpftes anderes Thier gegen dasselbe Gift immun wird. Die Erfolge der Impfung gegen den Tetanus waren die ersten Errungenschaften der Serotherapie, und nachdem Roux das diphtheritische Gift isolirt hatte, gelangte man mittelst Impfung mit demselben zu denselben glänzenden Resultaten.

Das Toxin des Löffler'schen Bacillus selbst dient zur Immunisirung der Thiere; man bereitet dasselbe, indem man in alcalischer Fleischbrühe bei 37 Grad Hitze den diphtheritischen Bacillus züchtet; nachdem man die Kraft des Toxins erprobt hat, wird es mit $^1/_3$ der Gramm'schen Lösung gemischt und so erhält man ein gemildertes Product, welches genügt, die Thiere zu immunisiren und so das heilwirkende Serum zu bereiten. Das Pferd ist das am leichtesten immunisirbare und am meisten Serum liefernde Thier, ohne dass die Abzapfung demselben schadet. Man beginnt also, dem Thier dieses Jodtoxin zu $^1/_{10}$, dann zu $^1/_4$ und endlich pur einzuspritzen. Nach $2^1/_2$ monatlicher successiver Einspritzung hat das Serum eine Kraft erlangt, welche der Zahl 1 : 50000 entspricht. Letzteres ist eine conventionelle Zahl und will sagen, dass ein Thier der Impfung mit einem halben Cubikcentimeter frischer und natürlich giftiger Cultur widersteht, wenn man ihm 12 Stunden früher eine Quantität Serum eingespritzt, welche dem fünfzigtausendsten Theil seines Gewichtes entspricht. Dennoch ist das Toxin nicht durch das antitoxische Serum zerstört. Gift und Gegengift scheinen nebeneinander zu bestehen, sich zu neutralisiren; als Beweis dient, dass eine Dosis Toxin, in die Venen eines Meerschweinchens gespritzt, dasselbe unwiderruflich tödtet; dasselbe Phänomen tritt ein, wenn man dem Thier eine Impfung mit einem indifferenten Bacillus gemacht hat.

Das Serum erhält sich sehr gut, wenn man es vor der Luft schützt und etwas Campher zusetzt; wenn man es an der Luft trocknet, so

Digitized by Google

behalt es seine curativen Eigenschaften; im Augenblick, wo man es braucht, löst man es dann in Wasser auf; letztere Einspritzungen sind aber schmerzhafter.

Die vorher von Roux an Meerschweinchen gemachten Experimente bewiesen, dass die Einspritzungen gegen den Löffler'schen Bacillus bei Weitem am besten wirken, also bei reiner Diphtheritis. Sind aber verschiedene Arten Microben vorhanden, so ist die Wirkung viel unsicherer; sind verschiedene Cocci, namentlich Staphylococcen dabei, so vermindert sich die Wirksamkeit der Einspritzungen; sind Streptococcen dabei, so ist die Wirkung fast Null.

Die klinischen Experimente wurden im Hôpital des enfants malades gemacht. Das Serum, dessen man sich bediente, hatte eine zwischen 50000 und 1100000 sich bewegende Stärke. Jeder verdächtige Kranke erhielt eine Einspritzung von 20 Cubikcentimeter in die seitliche Bauchgegend; die Einspritzung ist nicht schmerzhaft, die Resorption macht sich schnell, gewöhnlich tritt keine Röthung der Haut ein; manchmal tritt Urticaria ein, welche aber nicht bösartig ist. Seit dieser Behandlung ist der Procentsatz von 51,71 pCt. auf 24,5 pCt. gesunken; dabei sind alle in dieser Periode behandelten Diphtheritiskranken einbegriffen. Nimmt man die reinen Diphtheritisfälle heraus, so beläuft sich die Mortalität blos auf 1,7 pCt.; von 113 Fällen starben 2; Roux behauptet also mit Recht, dass jede frühzeitig behandelte Diphtheritis mittelst Heilserum geheilt wird. Die gemischten Fälle haben auch noch einen niedrigen Procentsatz von Mortalität; mit Staphylococcus weniger, mit Streptococcus am meisten Todte. Nicht operirter Croup heilt in wenigen Tagen; bei Tracheotomirten ist die Sterblichkeit gross trotz der Einspritzungen, aber noch geringer als früher; das ungünstige Resultat wird von den Verfassern auf die durch die Wunde begünstigte Infection zurückgeführt; auch hier wird das fatale Gesetz festgestellt, dass der Löffler'sche Bacillus desto mehr wüthet, wenn er mit anderen Microben, namentlich mit Streptococcen, vermischt ist. Roux behauptet, dass die Mischformen sich meist in den schlecht eingerichteten Krankenzimmern bilden und fordert eine strenge Absonderung der verschiedenen Diphtheritisformen; für diese idealistische Einrichtung sind bis jetzt keine Aussichten vorhanden. Dr. P. K.

Einige Bemerkungen über die Tracheotomie bei Diphtheritis. (Discussion sur la trachéotomie en cas de diphtérie.) Von Dr. van Kleef. (Société médico-chirurgicale de Liège, séance du 6 Déc. 1894.)

Wenn man im Allgemeinen annimmt, dass die Canüle am sechsten oder siebenten Tage entfernt werden kann, so besteht doch diese Regel nicht als allgemein. Verf. konnte während einer von ihm beobachteten Epidemie 16 Mal die Canüle in der ersten Woche entfernen, 17 Mal während der zweiten, 9 Mal während der dritten, 2 Mal während der vierten, 1 Mal während der fünften, 1 Mal während der sechsten, 1 Mal während der siebenten, 1 Mal während der achten, 1 Mal während der neunten, 1 Mal während der zehnten und 1 Mal nach 4½ Monat. — Ausser der im Beginne der Krankheit bestehenden, von Schwellung und Pseudomembranen herrührenden Stenose sind es die wuchernden Granulationen, das durch Narbenschrumpfung bedingte Einrollen der Tracheal-

Digitized by Google

ringe, besonders aber das aus dem Gedächtniss der kleinen Patienten verschwundene laryngeale Athmen, an welches sich allmählig wieder gewöhnt werden muss, welche das Hinderniss bei der Entfernung der Canüle darstellen. Die Serotherapie scheint den Zeitraum, während welchem die Canüle liegen bleiben muss, nicht abzukürzen. Das definitive Entfernen der Canüle darf nicht den Eltern oder übrigen Wärtern anvertraut werden, da in manchen Fällen selbst Aerzte in Verlegenheit gerathen. Verf. nimmt immer die Tracheotomia inferior mit Hinaufschieben des Isthmus nach oben vor, wendet nie Chloroform an. Dr. Schiffers bemerkt, dass beim Wechsel der Canüle das Einführen einer Sonde durch die erste Canüle, das Herausnehmen der ersten Canüle über die liegenbleibende Sonde, das Einführen der zweiten Canüle über die noch liegende Sonde und dann erst das Herausziehen der Sonde aus der jetzt am Platze liegenden zweiten Canüle immer in schwierigen Fällen gute Dienste leisten. Bei ängstlichen und das Laryngealathmen vergessenden Kindern thut man wohl, ihnen die Wegnahme der Canüle nicht merken zu lassen oder dieselbe zu verstopfen. Manchmal besteht Lähmung der Cricoarytenoidei postici und dann soll man electrisiren. v. Winiwarter verwirft das Chloroform bei genügender Assistenz; in der gewöhnlichen Praxis ist es aber schwer entbehrlich; es kann bei Insensibilität wegen hochgradiger Dyspnoe entbehrt werden; sonst nimmt es aber den von der Erstickungsangst herrührenden Theil der Dyspnoe weg, nur soll man in sitzender Stellung chloroformiren.

Dr. P. K.

Angina pseudomembranacea mit tödtlichem Ausgang während des Verlaufes des Scharlach. (Angine à fausses membranes, terminée par la mort dans la cours de la scarlatine.) Von Dr. Washbourn und Dr. Goodal. (Clinical Society de Londres und Annal. des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Eine pseudomembranöse Angina mit tödtlichem Ausgang im Verlaufe der Scarlatina besprechend, kommen Verf. auf die Resultate der bacteriologischen Untersuchungen in solchen Fällen, um zu beweisen, dass, übereinstimmend mit anderen Autoren, es sich nicht um Diphtheritis handelt. Tritt aber Angina im späteren Verlaufe des Scharlachs ein, so findet man immer den Löffler'schen Bacillus. Dr. P. K.

Angina pseudomembranacea bei Influenza. (Angine pseudomembraneuse de la grippe.) Von Dr. Béttri. (Bulletin général de clinique et de thérapeutique, Januar 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Ein 15jähriges Mädchen hatte den gastrischen Typus der Influenza; nach zwei Tagen bildeten sich am weichen Gaumen graue Flecken, welche alle Phasen der Pseudomembranen durchmachten. Bei einem zweiten Falle beobachtete Verf. dieselbe Angina und es blieb Gaumensegellähmung, welche nach einigen Sitzungen mittelst Electrisiren verschwand, zurück. Es handelte sich nicht um Diphtheritis und Verf. ist der Ansicht, dass alle möglichen, bei Influenza auftretenden Halskrankheiten auf ein und dieselbe Ursache zurückzuführen sind.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Die keilförmigen Knorpel des Kehlkopfs sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm benannt werden. Von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 274, 1894.)

Interessante historische Studie, welche erkennen lässt, dass vor Wrisberg die nach ihm benannten Knorpel von Camper und vor diesem von Morgagni beschrieben bezw. erwähnt wurden. F. meint, dass der Name „keilförmige Knorpel" (cuneiformis) ohne den Beinamen eines Autors vollständig genügt. Beschorner.

Aneurysma der Aorta mit Oedem des Kehlkopfs. (Lancet, 16. Januar 1895.)

In der Medio-chirurgical society of Edinburgh berichtete Al. Bruce über einen zur Section gekommenen Fall von Aortenaneurysma, bei dem im Leben ein Oedem der oberen Körperhälfte, einschliesslich des Kehlkopfes, vorhanden gewesen war. Es fand sich ein halb faustgrosses Aneurysma der Aorta mit zwei kleinen Perforationen in die comprimirte Vena cava superior. M. Schm.

Beobachtungen über die gegenwärtige Grippe-Epidemie. (Observations on the present epidemie of Grippe.) Von Dr. A. H. Smith (New-York). (Medical Record, 23. Februar 1895.)

Smith weist auf die Verschiedenartigkeit der Grippe-Epidemien seit 1889 hin, bei denen bald die Respirations-, bald die Unterleibsorgane, bald das Nervensystem am meisten ergriffen waren. In der letzten Epidemie beobachtete er häufig einen hartnäckigen trachealen Husten mit Gefühl von Trockenheit der Schleimhaut, die bei laryngoscopischer Untersuchung tief roth erschien und mit vergrösserten Follikeln besetzt war. Auch constatirte er das häufigere Vorkommen von acuter Otitis media und von subnormalen Temperaturen, selbst nach Erlöschen des Fiebers.

Er empfiehlt für die Behandlung ausser Antipyretica für den Husten Bromammonium, Yeoba santa, für den Larynx und Trachea Carbolinhalationen mit Menthol, und warnt mit Recht vor zu frühzeitiger Aufnahme von geschäftlicher Thätigkeit, welchem Factor viele Complicationen und üble Zufälle zuzuschreiben sind. G—n.

Ueber die Kerne und Wurzeln des N. accessorius und N. vagus und deren gegenseitige Beziehungen; ein Beitrag zum Studium der Innervation des Kehlkopfs. Von Dr. Grabower in Berlin. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 143, 1894.)

Die von Grabower und von Grossmann ganz unabhängig von einander durch experimentelle Forschungen gewonnenen, gleichlautenden Resultate, dass:

1) der N. accessorius mit der Innervation des Larynx nichts zu thun hat,
2) dass die motorischen Impulse dem Larynx zugeführt werden auf den Bahnen der 4.—6. untersten Vagus-Wurzeln,

haben mannigfache Anfechtungen erfahren, hauptsächlich, indem geltend gemacht wurde, dass es nicht anginge, die Vagus- und Accessorius-

Digitized by Google

Functionen in der Weise, wie Grabower es gethan, zu trennen, da beide Kerne eine gemeinsame Kernanlage am Boden des 4. Ventrikels besässen, der Vagus-Kern da anfinge, wo der Accessoriuskern aufhörte und beide Nerven ohne Trennung in einander übergingen. Diese Behauptung also, dass der sogen. „Vago-Accessorius-Kern" eine gemeinschaftliche zusammenhängende Kerngruppe bilde, zu widerlegen, hat G. erneut histologische Untersuchungen angestellt, durch die er zu folgenden Schlüssen gelangt: Der Accessorius ist ein rein spinaler Nerv, ein cerebraler Accessorius existirt nicht. Der motorische Vagus-Kern entsteht wahrscheinlich aus einem der beiden abgeschnürten Vorderhornkerne, in welche die vorderen Wurzeln einmünden. Cerebralwärts findet der motorische Vaguskern seine Fortsetzung im Facialis-Kern. Der sensible und motorische Vagus-Kern sind constant durch markhaltige Fasern indirect mit einander verbunden. — Es ist sehr wahrscheinlich, dass der Nucleus ambiquus das letzte Centrum für die motorische Kehlkopf-Innervation darstellt. — Sehr schöne Abbildungen erleichtern das Verständniss der Ausführungen.

Beschorner.

Exstirpation des Larynx. Sechs bisher unveröffentlichte Fälle mit Analyse von 300 aus der Literatur gesammelten Fällen. (Excision of the Larynx. Six cases hitherto unreported with the Analysis of 300 additional cases gathered from literature.) Von Dr. Ch. A. Powers (Denver) und Dr. G. R. White (New-York). Medical Record, 23. März 1895.)

Von den angeführten 309 Larynxexstirpationen sind 240 einer früheren Collection von Krause entnommen, 69 von den Autoren selbst gesammelt, von welch' letzteren wieder 6 ihre eigenen Fälle sind. Von diesen 6 Fällen wurden 5 wegen Krebs, 1 wegen Sarcom operirt, 2 Mal wurde totale, 4 Mal partielle Exstirpation gemacht. Ein Patient starb am vierten Tage an septischer Pneumonie, 4 innerhalb von 5 Monaten bis 2½ Jahren an Recidiven, der Patient mit Sarcom ist gesund am Ende des vierten Jahres.

Von der Totalsumme der 309 Operationen waren 208 totale, 101 partielle Exstirpationen. Von ersteren wurden 185, von letzteren 82 wegen Carcinoma, der Rest wegen Sarcoma und anderen Krankheiten gemacht. Von den 309 Operirten starben 101 Patienten oder 32 pCt. innerhalb 2 Monaten an der Operation oder deren Folgen.

Um ein Urtheil über das Endresultat der Operation zu erlangen, haben die Autoren eine Tabelle angefertigt, welche die Fälle umfasst, die vor 3 Jahren, also vor dem 1. Januar 1892, wegen Carcinom operirt wurden. Von 180 Totalexstirpationen sind nach eingelaufenen Berichten frei von Recidiven geblieben vom 1. bis 3. Jahre 30, länger als 3 Jahre 11 Patienten, von 77 partiellen Exstirpationen vom 1. bis 3. Jahre 19, länger als 3 Jahre 7 Patienten.

Auch diese Autoren weisen auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose hin und sprechen die Hoffnung aus, dass mit den Fortschritten der Wissenschaft und Technik eine grössere Anzahl geheilter Fälle wird berichtet werden können.

G—n.

Digitized by Google

Krebs in der Speiseröhre. (Lancet, 16. Januar 1895.)

In der Plymouth medical society zeigte Whiteford einen Fall eines in der Höhe des Ringknorpels befindlichen Krebses der Speiseröhre, bei dem auch die Lymphdrüsen an der grossen Curvatur des Magens vergrössert waren. Vortr. hält diese Schwellung mit Recht für ungewöhnlich.

M. Schm.

† Hofrath Prof. Dr. S. Moos. †

In tief empfundener Trauer geben wir Nachricht von dem Hinscheiden unseres um die Ohrenheilkunde und ihre Lehre hochverdienten Collegen Prof. Moos in Heidelberg.

Eine eingehende Schilderung seines Wirkens bleibt einem später zu erscheinenden Necrologe vorbehalten.

INHALT.

I. Originalien: Danziger: Beitrag zur Casuistik und Aetiologie des Carcinoms des Gehörorgans. — Krebs: Ueber Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica. — Schleicher: Zur Galvanocaustik. — Szenes: Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895. — Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte. — II. Referate: a) Otologische: Bezold: Statistischer Bericht über die in den Jahren 1887—1889 incl. behandelten Ohrenkranken. — Haug: Zur microscopischen Anatomie der Geschwülste des äusseren Ohres. — Haug: Schnupftabak als Ursache einer acuten Mittelohrentzündung. — Zaufal: Zur Geschichte und Technik der operativen Freilegung der Mittelohrräume. — b) Rhinologische: Killian: Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen. — Kalischer: Ueber die Nerven der Nasenpolypen. — Réthi: Zum Wesen und zur Heilbarkeit der Ozaena. — Daae: Ein Apparat zur Behandlung der Ozaena durch Massage. — Grönbach: Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. — Reinhard: Ein Fall von primärem Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle. — v. Marion: Ueber die Prothese bei Behandlung der chirurgischen Fisteln des Sinus maxillar. — Gouly: Ueber Fremdkörper im Sinus maxillar., insbesondere über ihre Entfernung durch den Hiatus semilunaris. — c) Pharyngo-laryngologische: Battle: Ein Fall von symmetrischer Parotitis mit Sclerose der Mundschleimhaut. — Neumayer: Ein Fall von Mund-, Kieferhöhlen- und Nasentuberculose. — Tarnier: Ueber den vergleichenden Werth der rhythmischen Zungentractionen und des Lufteinblasens zur Wiederbelebung Neugeborener. — Clarence: Hypertrophie der Zungenmandel. — Canter: Beitrag zur Lehre der Functionen der Schilddrüse. Pathogenie der Basedow'schen Krankheit. — Taylor: Ueber die Ursache der Aegophonie. — Meyer: Ein Fall von rechtsseitiger Recurrenslähmung in Folge von Aneurysma der rechten Arteria subclavia. — Martin: Ein Fall von Diphtherie, der erfolgreich mittelst Einblasungen und Tabletten von Magnesia sulfurica behandelt wurde. — Roux und Martin: Beitrag zum Studium der Diphtheritis und der Serumtherapie. — Roux, Martin und Chaillou: 300 Fälle von Diphtheritis. — van Kleef: Einige Bemerkungen über die Tracheotomie bei Diphtheritis. — Washbourn und Goodal: Angina pseudomembranacea mit tödtlichem Ausgang während des Verlaufes des Scharlach. — Béttri: Angina pseudomembranacea bei Influenza. — Fränkel: Die keilförmigen Knorpel des Kehlkopfs sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm benannt werden. — Bruce: Aneurysma der Aorta mit Oedem des Kehlkopfs. — Smith: Beobachtungen über die gegenwärtige Grippe-Epidemie. — Grabower: Ueber die Kerne und Wurzeln des N. accessorius und N. vagus und deren gegenseitige Beziehungen; ein Beitrag zum Studium der Innervation des Kehlkopfs. — Powers und White: Exstirpation des Larynx. Sechs bisher unveröffentlichte Fälle mit Analyse von 300 aus der Literatur gesammelten Fällen. — Whiteford: Krebs in der Speiseröhre. — † Prof. Moos.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Escherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. Berlin, August 1895. No. 8.

I. Originalien.

Bericht über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. **R. Kayser**, Breslau.

Es sind in den Kalenderjahren 1893 und 1894 zur Behandlung neu aufgenommen worden im Ganzen 3867 Personen, die sich in Bezug auf Alter und Geschlecht folgendermaassen vertheilen:

Geschlecht	Alter nach Jahren.										Summa
	bis 2 excl.	2—9	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/89	60/69	70 —	
Männlich . .	61	337	230	291	349	292	229	111	63	26	1989
Weiblich . .	62	284	187	246	415	319	187	116	44	18	1878
Summa:	123	621	417	537	764	611	416	227	107	44	3867

Digitized by Google

Dem Wohnort nach stammten von den Kranken aus:

Breslau	3342,
Schlesien	413,
Posen	43,
Russisch Polen	61,
anderen benachbarten Ländern	8.

Die Zahl der Krankheitsfälle stellt sich auf 4203. Und zwar kommen auf:

Krankheiten des Ohres	1721	Fälle,
„ „ Kehlkopfs	528	„
„ der Rachen- und Mundhöhle	1036	„
„ „ Nase	693	„
Varia	225	„

Es fungirten während der Berichtsjahre als Assistenzärte: Dr. Langner, Dr. Oppler, Dr. Freudenthal, Dr. Schröder, Dr. Guttmann und Dr. Max Ehrenfried.

Von den zur Anwendung gekommenen Operationen — abgesehen von kleineren localen Eingriffen: Aetzungen, Cauterisationen etc. — seien folgende erwähnt:

Ohr:

Othaematom	1,
Lupus der Ohrmuschel	18,
Incision im äusseren Gehörgang	26,
Paracentese des Trommelfells	33,
Abschnürung von Polypen	39,
Entfernung von Fremdkörpern	31,
Tenotomie des Tensor tympani	7,
Excision der Gehörknöchelchen	4,
Aufmeisselung des Warzenfortsatzes	22.

Kehlkopf:

Curettement von Geschwüren	6,
Exstirpation von Polypen	10,
Excision von Geschwulstpartikeln	3,
Exstirpation eines Papilloms ad aditum oesophagi	1.

Rachen:

Exstirpation der Gaumenmandeln	41,
Entfernung von Fremdkörpern	2,
Schlitzung der Gaumenmandeln	23,
Exstirpation der Polypen am weichen Gaumen	2,
Amputatio uvulae	6,
Exstirpation der Rachenmandel	210,
Eröffnung von Retropharyngealabscessen	3,
Operation von Retronasaltumoren	2,

Nase:

Durchtrennung von Synechien	8,
Operation der Deviatio septi	14,
Exstirpation von Nasenpolypen	82,
Abschnürung vergrösserter Nasenmuscheln	36,
Entfernung von Fremdkörpern	6,
Entfernung eines Knochensequesters	1,

Digitized by Google

Entfernung von Rhinolithen 1,
Eröffnung von perichondritischen Abscessen des Septums 3,
Operation des Empyems der Kieferhöhle . . . 9,
Operation von Empyem der Keilbeinhöhle . . . 3,
Operation von Empyem der Stirnhöhle . . . . 1.

Die Art und Zahl der behandelten Krankheiten zugleich mit Rücksicht auf das Geschlecht ergiebt folgende Tabelle:

	Männl.	Weibl.	Zus.
Ohr.			
Krankheiten der Ohrmuschel und der angrenzenden Haut	3	6	9
Eczem des äusseren Gehörgangs	8	14	22
Ulcus luet. des äusseren Gehörgangs	1	—	1
Fremdkörper	14	23	37
Cerumen	75	98	173
Atresie des äusseren Gehörgangs	2	2	4
Otitis ext. circumscript. acut.	58	64	122
Otitis ext. diff. acut.	4	2	6
Traum. Perforation des Trommelfells	8	5	13
Tubencatarrh	33	23	56
Otitis med. acut. catarrh.	80	50	130
Otitis med. chron. catarrh.	217	181	398
Otitis med. chron. sclerot.	36	38	74
Otitis med. acut. purul.	101	104	205
Otitis med. chron. purul.	145	127	272
Mastoiditis	15	7	22
Caries des Felsenbeins	5	1	6
Cholesteatom	2	6	8
Sinusthrombose	—	1	1
Polypen des Mittelohrs	30	17	47
Residuen chron. Mittelohreiterungen	16	20	36
Otalgie	5	17	22
Nervöses Ohrensausen	4	13	17
Entotisches Geräusch	—	1	1
Acute Nerventaubheit	3	3	6
Chron. Nerventaubheit	8	4	12
Taubheit nach Meningitis	3	4	7
Taubheit nach Cerebrospinalmeningitis	1	1	2
Taubstummheit	4	5	9
Centr. Taubheit (traumatisch)	2	—	2
Commotio n. acust.	1	—	1
Kehlkopf:			
Laryngitis acuta	93	40	133
Laryngitis chronica	65	26	91
Laryngit. pares. thyreo-aryt.	11	35	46
Laryngitis sicca	18	17	35
Laryngit. hypogl. acut.	3	7	10

Digitized by Google

	Männl.	Weibl.	Zus.
Laryngitis haemorrhagica	1	3	4
Pachydermia laryngis	3	—	3
Laryng. juvenil. nodos.	6	—	6
Oedema laryngis genuin.	8	3	11
Tuberculosis laryng.	64	20	84
Lues laryng.	4	1	5
Lupus laryng.	1	—	1
Diphtheria laryng.	—	1	1
Tumores benign. laryng.	10	7	17
Tumores maligni laryng.	2	—	2
Aphonia spastica	3	—	3
Laryngospasmus	2	1	3
Pares. thyr. aryt. int.	18	23	41
Pares. interaryt.	2	2	4
Apsithyriasis	1	—	1
Paralys. m. postici	3	2	5
Paralys. n. recurr.	7	3	10
Mogiphonie	1	1	2
Mutatio vocis prolong.	4	—	4
Corpus alien. in laryng.	—	1	1
Perichondrit. thyreoid.	—	1	1
Tracheocele	1	—	1
Stenosis tracheae	2	—	2
Papilloma ad oesophag.	1	—	1
Rachen:			
Pharyng. (Angina) acuta	29	32	61
Pharyng. chron.	97	57	154
Pharyng. gran. et later.	31	19	50
Pharyng. sicca	38	19	57
Pharyng. mycot.	1	2	3
Erosio pharyng.	1	—	1
Abscess. retropharyng.	2	1	3
Ulc. tubercul. pharyng.	4	—	4
Lues pharyngis	9	25	34
Paraesthesia pharyng.	13	45	58
Angina follic. acuta	25	31	56
Angina follic. chronica	12	30	42
Angina phlegmonosa	15	19	34
Hypertr. tonsill.	33	32	65
Pharyng. retronas.	14	31	45
Hypertr. tonsill. phar. (adenoide Vegetationen)	160	123	283
Tumor. retronas.	—	2	2
Lymphangioma phar.	—	1	1
Tumor. malign. tonsill.	1	—	1
Corp. alien. in phar.	1	1	2
Uvula elongat.	6	1	7
Uvulitis	2	2	4

Digitized by Google

	Männl.	Weibl.	Zus.
Polyp. uvul. et palat. moll.	5	1	6
Palat. fissum	1	1	2
Paral. veli palat.	8	6	14
Insufficientia veli palat. congen.	2	2	4
Hypertr. tonsill. lingual.	11	17	28
Stomatitis	4	2	6
Ulc. luet. in ore	—	1	1
Glossitis	1	3	4
Ulcera ling.	—	4	4
Nase:			
Erkrankungen der äusseren Nase	11	14	25
Lupus	—	1	1
Eczema aditus nar.	34	56	90
Rhinitis acuta	13	8	21
Rhinitis fibrinosa	3	4	7
Rhinitis chronica	28	33	61
Rhinitis hypertrophica	46	45	91
Rhinitis atrophica foetida (Ozaena)	42	78	120
Rhinitis nervosa	1	7	8
Niesskrampf	—	1	1
Epistaxis	36	15	51
Synechiae	4	4	8
Atresia nas.	—	1	1
Perichondritis septi	3	5	8
Deviatio septi	30	12	42
Ulc. et perfor. septi simpl.	9	4	13
Lues nasi	4	8	12
Polyp. nas.	53	35	88
Tumores maligni	1	1	2
Corp. alien.	3	5	8
Rhinolith	1	—	1
Anosmie	—	1	1
Catarrh. sin. frontal.	5	4	9
Empyem. sin. frontal.	1	1	2
Empyem. antr. Highmori	8	8	16
Empyem. sin. sphenoid.	1	5	6
Varia:			
Struma	7	37	44
Parotitis	4	3	7
Bronchial- und Lungenkranke	15	14	29
Lymphdrüsenschwellungen am Halse	14	18	32
Phlegmone colli	1	—	1
Strictura oesophagi	5	1	6
Zahn- und Kiefererkrankungen	4	5	9
Sprachstörungen	10	6	16
Inspiratio nervosa	2	3	5

Digitized by Google

	Männl.	Weibl.	Zus.
Tussis nervos. et convulsiva	2	3	5
Neuralgiae trigemini et occipital.	4	6	10
Apoplectiforme Bulbusparalyse	1	—	1
Facialiskrampf	—	1	1
Caput obstipum	3	4	7
Alii morbi	21	10	31
Sine diagnosi	9	12	21

* * *

Bemerkungen.

Unter den Erkrankungen des äusseren Ohres sind folgende erwähnenswerth:

Lupus der Ohrmuschel[1]) bei einem 13jährigen Mädchen in Form einer pflaumengrossen Geschwulst des linken Ohrläppchens. Dieselbe soll nach Angabe der Mutter seit dem ersten Lebensjahr im Anschluss an die Vaccination sich gebildet haben. Zugleich bestand eine kleinere lupöse Geschwulst am linken Oberarm, dicht neben einer Vaccinationsnarbe, angeblich gleichfalls nach der Impfung entstanden. Eine genaue Nachforschung der Impflisten, des Abimpflings etc. ergab keinen Anhalt, dass der Lupus bei der Impfung vom Stammimpfling übertragen worden sei. Dagegen ist der Vater des Mädchens zur Zeit ihrer Impfung an Tuberculose krank gewesen und das Mädchen leidet seit Jahren an einer chronischen Mittelohreiterung beiderseits. Auf dem rechten Ohr besteht eine ziemlich reichliche Secretion (im Eiter waren keine Tuberkelbacillen nachzuweisen) mit grossem Defect der äusseren Trommelfellhälfte. Am linken Ohr ist eine grosse trockene Perforation im hinteren unteren Quadranten mit übernarbter Paukenschleimhaut.

Es ist wohl denkbar, dass die beiden lupösen Geschwülste in causalem Abhängigkeitsverhältniss zu einander stehen (Autoinfection), wobei allerdings unentschieden bleibt, ob die Arm- oder die Ohrgeschwulst das Primäre gewesen ist. Man kann bei der Kranken ohne grosse Schwierigkeit Kopf und Arm so aneinanderlegen, dass sich die erkrankten Hautstellen berühren. Beide lupösen Geschwülste wurden unter localer Anästhesie entfernt. Am Arm heilte die Wunde per primam, an der Ohrmuschel wurden die Hautränder noch ausgiebig galvanocauterisirt und eine gute Narbe erzielt, die bis jetzt frei von jedem Recidiv geblieben ist.

Lues des äusseren Gehörganges. Ein 30jähriger Mann bekam vier Jahre nach dem Primäraffect eine Geschwulst im rechten äusseren Gehörgang, welche bald eitrig zerfiel. Es bestand ein mit schmutzigem Eiter belegtes Geschwür an der vorderen unteren Gehörgangswand, zugleich eine Perforation in der knöchernen Nasenscheidewand und eine Ulceration im vorderen Theil des knorpligen Septum. Das Trommelfell war etwas getrübt, das Gehör nicht wesentlich beeinträchtigt. Die peri-

[1]) Demonstrirt a. d. IV. deutschen Dermatologencongress in Breslau 1894.

Digitized by Google

auriculären Lymphdrüsen deutlich geschwollen. Unter Jodkalibehandlung trat nach ca. drei Wochen unter Bildung einer glatten, strahligen Narbe völlige Heilung ein[2]).

Verletzung des Trommelfells und Labyrinths durch Stricknadel.

Eine 30jährige Frau hatte, während sie mit der Stricknadel im äusseren Gehörgang kratzte, gesehen, wie ihr Kind vom Stuhl zu Boden fiel. Vor Schreck fuhr sie zusammen und stiess sich dabei die Stricknadel tief ins linke Ohr. Sie stürzte sofort hin und musste in's Bett getragen werden. Bei jedem Versuch der Kranken, sich aufzurichten, trat sofort sehr heftiger Schwindel ein, gleichzeitig bestand Erbrechen und heftiges Ohrensausen. Gleich nach der Verletzung war aus dem Ohre etwas Blut, später auch etwas Flüssigkeit abgeflossen. Ich sah die Kranke zwei Tage nach dem Unfall. Nach trockener Reinigung des Ohres, in welches Eingiessungen gemacht waren, constatirte ich am hinteren oberen Theil des Trommelfells, dicht am Rande, eine runde Oeffnung, zum Theil mit Blutgerinnsel bedeckt. Die sichtbare Paukenschleimhaut blass, Flüsterstimme wird links zwei Schritt gehört, Weber links, Rinne negativ. Auch bei ruhiger Bettlage besteht Schwindel, und zwar die Empfindung von Rotation der Gegenstände in der Frontalebene, in der Richtung des Uhrzeigers. Richtet sich die Kranke auf, so steigert sich der Schwindel in's Unerträgliche. Zugleich besteht Nystagmus beider Augen und Doppelbilder, die beim Blick nach oben verschwinden. Nach 9tägiger Bettruhe vermag die Kranke aufzustehen. Nach vier Wochen ist der Schwindel und Nystagmus soweit verschwunden, dass er nur noch bei plötzlichem Aufrichten sich etwas geltend macht. Perforation des Trommelfells ist durch eine deutliche Narbe geschlossen, das Hörvermögen gebessert, Weber unbestimmt, Rinne nicht mehr negativ, nur etwas Sausen besteht noch.

Man ist wohl berechtigt, in diesem Falle anzunehmen, dass ausser der Durchbohrung des Trommelfells auch eine Verletzung der Labyrinthkapsel stattgefunden hat, und zwar ist es nach der Lage der Verletzung wahrscheinlich, dass der hintere horizontale Bogengang getroffen wurde. In diesem Falle hätte diese Verletzung beinahe den Werth eines physiologischen Experiments. Bemerkenswerth ist auch die fast vollkommene Restitution. Therapeutisch war natürlich nichts weiter als ein Watteverband des Ohres vorgenommen worden.

Cholesteatom des äusseren Gehörganges mit Durchbruch nach hinten.

Ein 21jähriges Mädchen gab an, seit fünf Wochen erst Schmerzen vor dem Ohr, später Ausfluss aus demselben und jetzt starke Schmerzen hinter dem linken Ohr zu haben. Es findet sich ein ziemlich grosser, weit nach aussen ragender, obturirender Polyp von ziemlich derber Consistenz und weisslicher Oberfläche. Derselbe sitzt mit breiter Basis an der Unterwand des knorpligen Gehörganges. Nach Abtragung des Polypen mit der Schlinge zeigt sich eine mit weissen cholesteatomatösen Massen ausgefüllte Höhle, welche mit der Sonde sich nach hinten und

---

[2]) Der Fall ist ausführlich von Dr. Walter Laqueur „zur Syphilis des äusseren Ohres" als Doctor-Dissertation beschrieben.

Digitized by Google

abwärts weit verfolgen lässt. Das Gehör ist etwas vermindert, Flüsterstimme 2—3 Schritt, Weber links, Rinne unbestimmt. Das Trommelfell erscheint verdickt und trübe, aber unversehrt, beim Catheterismus kein Zischgeräusch, nur trocknes Blasen gehört. Unterhalb des Warzenfortsatzes mässig grosse, polsterartige Geschwulst, auf Druck schmerzhaft. Druck auf den Warzenfortsatz selbst in allen Theilen schmerzfrei. Spontan bestehen heftige Schmerzen auf dem Scheitel und in der Gegend des Kiefergelenkes. Es wird in Chloroformnarcose hinter dem Ohr ein Einschnitt wie zur Eröffnung der Warzenhöhle, nur weiter nach abwärts, durch die Geschwulst gemacht. Es zeigt sich, dass der knorplige Gehörgang an der Grenze des knöchernen durchbrochen ist und sich eine bis nahe an das Unterkiefergelenk reichende Höhle gebildet hat, aus welcher Eiter und cholesteatomatöse Massen hervorquellen.. Der Warzenfortsatz selbst ist frei und nur am vorderen Rande nahe der Spitze arrodirt. Man kann durch die hintere Oeffnung das unversehrte Trommelfell genau überblicken. Nach Abkratzung des arrodirten Knochens und gründlicher Ausräumung und Reinigung der Höhle wird dieselbe mit Jodoformgaze tamponirt und verbunden. Gleich nach dem Erwachen aus der Narcose zeigte sich, dass der linke Facialis verletzt war. Die Facialislähmung betraf alle Aeste und blieb irreparabel.

Der Wundverlauf war normal, nur kam es vorübergehend zu einer acuten Mittelohreiterung, welche aber rasch heilte. Auch verzögerte sich die Ueberhäutung des Knochenrandes, so dass erst Ende Februar 1896 hinter dem Ohr eine völlig überhäutete persistente Oeffnung, welche in den äusseren Gehörgang führte, vorhanden war.

Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, operative Freilegung der Mittelohrräume.

Unter den 22 Operationen dieser Art haben wir einen Todesfall zu verzeichnen. Derselbe betrifft einen 5monatlichen Knaben, welcher seit einiger Zeit an doppelseitiger Otorrhoe litt. In der letzten Zeit war eine Anschwellung über dem rechten Ohr aufgetreten. Dieselbe erwies sich als eine fluctuirende grosse Geschwulst, zugleich war deutliche Vorwölbung der oberen Gehörgangswand zu sehen. Am 17. Juli 1894 wurde unter Chloroform operirt, eine grosse Menge Eiter entfernt, der freigelegte Knochen zeigt eine ziemlich umfangreiche cariöse Stelle, welche schon von der Sonde leicht durchbrochen wird. Es wird mit dem Löffel eine glatte Höhle von noch nicht 2 Ctm. Tiefe gereinigt und mit Jodoformgaze verbunden. Das Kind, welches im elterlichen Hause blieb, ist am nächsten Tage ganz munter, bekam aber in der folgenden Nacht Krämpfe und starb am 16. Juli früh. Section wurde nicht gestattet, es war daher nicht möglich, festzustellen, ob der Tod mit dem Ohrenleiden resp. der Operation in Zusammenhang stand, was allerdings sehr unwahrscheinlich ist.

Bei einem 48jährigen Manne, der seit 6 Wochen an einer rechtsseitigen Mittelohreiterung mit Polypenbildung litt, fand sich bei der Operation ausser einer Oeffnung am vorderen Rande des Warzenfortsatzes bei der Sondirung der freigelegten Höhle, dass ein Durchbruch des Eiters nach hinten nahe der Spitze des Warzenfortsatzes stattgefunden. Es wird nun an dem Hauptschnitt in spitzem Winkel ein Seitenschnitt in die infiltrirte Nackenpartie gemacht und bei der Durch-

Digitized by Google

trennung der Knochenbrücke, welche die hintere Durchbruchstelle überdeckt, die ganze Spitze des Warzenfortsatzes losgelöst und abgetrennt. Der Wundverlauf war ein ausserordentlich günstiger, der erste Verband konnte 6 Tage liegen bleiben und der Kranke nach ca. 8wöchentlicher Behandlung mit vollkommen geschlossener Operationsöffnung, geschlossenem Trommelfell und ziemlich gutem Gehör entlassen werden. Auch war keinerlei Störung in der Bewegung des Köpfes, speciell in der Function des rechten M. sternocleid. mast. vorhanden.

Bei einem 1½jährigen, sehr elenden Kinde, welches ein tuberculöses Geschwür an der Wirbelsäule und eine tuberculöse Geschwulst eines Hodens hatte, musste im Laufe von 3 Monaten erst die rechte, später die linke Warzenhöhle eröffnet werden. Bemerkenswerth war, dass hinter dem rechten Ohr eine taubeneigrosse, weiche, als fluctuirend sich anfühlende Geschwulst vorhanden war, welche zu unserer Ueberraschung beim Einschnitt keine Spur von Eiter zeigte, sondern sich als eine weiche, gelatinöse Drüsenmasse erwies, unter welcher der cariöse Knochen bloss lag. Ueberdies hat das Kind die Operation (auch des Geschwürs an der Wirbelsäule) gut überstanden und sein Allgemeinbefinden sich sehr erheblich gebessert. Aus dem rechten Ohr wurde später noch ein Knochensequester entfernt, aus dem linken kam 10 Tage nach der Operation der Hammer heraus. Nach 6monatlicher Behandlung waren beide Operationsöffnungen vernarbt, es bestand aber noch eine geringfügige Secretion aus beiden Mittelohren.

Ein 41jähriger Arbeiter, welcher seit 4 Wochen an acuter rechtsseitiger Mittelohreiterung mit Anschwellung hinter dem Ohre etc. litt, wird am 24. December 1893 in typischer Weise operirt und eine grosse Menge Eiter aus der sehr ausgedehnten Warzenhöhle entleert. Nach 8 Tagen verlässt der Kranke das Bett und wird noch 8 Tage bis zum 3. Januar 1894 ambulant behandelt. Von diesem Tage ab lässt sich der Kranke nicht mehr sehen. Erst am 12. April 1894 erscheint er wieder und erzählt, dass er damals aus Mangel an Subsistenzmitteln Breslau verlassen habe. Die Wunde hinter dem Ohr sei nicht weiter behandelt worden, er habe sie sich selbst nur mit Watte täglich verbunden, trotzdem sei Alles, angeblich seit 8 Tagen, vollkommen zugeheilt. In der That erwies sich die Operationswunde völlig vernarbt, das Trommelfell völlig geschlossen.

Ein 40jähr. Schneider war wegen chronischer linksseitiger Mittelohreiterung mit Anschwellung hinter dem Ohr etc. im December 1888 von sachverständiger Seite aufgemeisselt worden. Erst im Herbst 1889 kam es zu definitivem Verschluss der Operationswunde und Sistirung der Ohreneiterung. Allein im November 1893 stellte sich wieder Eiterung aus dem linken Ohr ein mit zeitweiligen Schwindelanfällen. Zu dieser Zeit ergab die Untersuchung einen totalen Defect des Trommelfells mit mässiger Secretion. Es gelang nicht, im Laufe der nächsten Monate der Eiterung Herr zu werden. Es wucherten immer wieder Granulationen aus dem hinteren oberen Theil der Paukenhöhle. Im Juli 1894 trat Vorwölbung der hinteren oberen Gehörgangswand ein und oberhalb der Narbe hinter dem Ohr war eine kleine weiche Stelle zu fühlen, deren Druck Schmerz und Schwindel erzeugte. Es wurde daher am 29. Juli 1894 die Freilegung des Atticus nach Stacke vorgenommen. Ein durch

Digitized by Google

die Narbe und nach vorn bis an den Jochfortsatz geführter Schnitt löste die ganze Ohrmuschel ab, der Warzenfortsatz selbst zeigt äusserlich nichts Pathologisches. Der häutige Ueberzug der hinteren Gehörgangswand wird abgelöst und die äussere untere Wand des Atticus durch einige Meisselschläge entfernt. Die sichtbaren Gehörknöchelchen, Hammerkopf und Ambos mit der Pincette extrahirt; ersterer erweist sich cariös. Die Paukenhöhle wird vorsichtig ausgekratzt und gereinigt, die abgelöste Gehörgangswand wieder angelegt, ein Drainrohr eingeführt, die Ohrmuschel durch 10 Nähte an ihrer Ansatzstelle befestigt und verbunden. Der Wundverlauf gestaltet sich günstig, die Nähte verheilen per primam, allein die Eiterung aus dem Mittelohr ist noch nicht völlig beseitigt, es zeigt sich jetzt, dass der Eiter vom Boden der Paukenhöhle in die Höhe steigt. Erst nach 6monatlicher weiterer Behandlung mittelst Aetzungen etc. gelingt es, eine vollkommene Heilung und Uebernarbung der Paukenhöhle zu erzielen.

Thrombose des Sinus transversus mit spontanem Durchbruch nach aussen.

Rosina K., 60 Jahre alt, giebt an, seit 11 Wochen an Sausen und Schwerhörigkeit rechterseits zu leiden. Die Untersuchung am 9. August 1893 ergiebt: rechtes Trommelfell mässig geröthet, im oberen Theil vorgewölbt. Flüsterstimme kaum a. c. Weber rechts, Rinne negativ. Linkes Trommelfell verdickt und getrübt, Flüsterstimme 2 Schritt. R. Warzenfortsatz hinten und unten auf Druck empfindlich, mässige Anschwellung. Trotz wiederholter Paracentese heilt die Oeffnung im Trommelfell wieder zu. Am 19. Septbr. erscheint die Kranke nach 8tägiger Abwesenheit wieder und zeigt jetzt eine grosse, weit nach hinten gelegene fluctuirende Geschwulst und heftige Schwindelerscheinungen und Kopfschmerzen. Am 20. September wird zur Operation geschritten. Zunächst wird 1 Ctm. hinter dem Ansatz der Ohrmuschel ein longitudinaler Schnitt gemacht, aber kein Eiter gefunden, auch der freigelegte Warzenfortsatz zeigt nichts Abnormes. Es wird nun von der Mitte dieses Längsschnittes ein Horizontalschnitt geführt, welcher die kleinapfelgrosse Geschwulst eröffnet und hierdurch eine grosse Menge Eiter entleert. Es zeigt sich jetzt drei Finger breit vom Muschelansatz entfernt im Knochen eine runde Oeffnung von der Grösse eines Fünfpfennigstückes, ausgefüllt mit einer bläulichen, ziemlich derben Masse, welche auf Druck nur wenig Eiter entleert. Die Oeffnung im Knochen wird erweitert und eine etwa 12 Mm. breite Rinne nach dem Warzenfortsatz zu gemeisselt. Auch die Warzenhöhle wird eröffnet, in ihr findet sich kein Eiter, nur wenige granulöse Massen, dagegen ist die Rinne durch eine bläuliche, thrombosirte, mässig weiche Masse ausgefüllt. Diese wird vorsichtig mit dem scharfen Löffel entfernt, so dass die glatte Dura mater zum Vorschein kommt. Keine Pulsation zu sehen. Nach Abspülung mit $^1/_2$ $^0/_{00}$iger Sublimatlösung Tamponade mit Jodoformgaze und Verband. Fieberloser Wundverlauf, am 23. Sept. Sensation am rechten Auge, ophthalmoscopischer Befund negativ. Erster Verbandwechsel am 24. Sept. Dura glatt und rein, deutliche Pulsation zu sehen. Am oberen Rande der Warzenhöhle kleine necrotische Stelle, welche am 27. Sept. ausgekratzt wird. Der weitere Wundverlauf sehr gut und durch sehr geringe Granulationsbildung ausgezeichnet. Schwindel und Kopfschmerz völlig ver-

Digitized by Google

schwunden. Die Ueberhäutung der Wunde schreitet rasch fort, am 15. December ist vollständige Heilung zu constatiren. Hinter dem Ohr besteht eine etwas vertiefte Narbe, das Trommelfell ist blass. Lichtreflex und Hammergriff sichtbar, Flüsterstimme wird 3 Schritt weit gehört.

Im Allgemeinen sei noch Folgendes bemerkt: Unter den operirten Fällen war Erkrankung des Warzenfortsatzes im Anschluss an acute Mittelohreiterungen aufgetreten bei 15 Kranken (7 rechtsseitig, 8 linksseitig). Hiervon starb 1 Kranker, 11 wurden geheilt entlassen, 3 entzogen sich vor vollendeter Heilung der Behandlung. Im Anschluss an chronische Mittelohreiterung kamen zur Operation 8 Fälle (3 rechts-, 6 linksseitig[3]). Hiervon wurden in der Berichtszeit definitiv geheilt 3, die Uebrigen gebessert. Die Behandlungsdauer betrug bei den acuten Fällen 6—20 Wochen, bei den chronischen Fällen war die kürzeste Behandlungsdauer bis zur vollendeten Heilung 14 Wochen.

(Schluss folgt.)

Ein Fall von Labyrinthentzündung bei Lues hereditaria tarda.

Von

Dr. **Andr. Stiel**, Köln.

Lina E., 13 Jahre alt, Schuhmacherskind aus K., erkrankte vor etwa drei Jahren an Schwindel, so dass sie sich bei Spaziergängen oft anhängen wollte, wie ihre Mutter berichtete. Ungefähr um dieselbe Zeit stellte sich auch beiderseits ein Augenleiden ein. Vor ca. einem Jahre wurde zuerst Schwerhörigkeit bemerkt, welche immer mehr zunahm und zuerst rechts, dann auch links zu vollständiger Taubheit führte, welche jetzt seit etwa fünf Monaten besteht. Die Schwindelerscheinungen liessen allmählig nach, die Augen waren bald besser, bald schlechter. Im Uebrigen bestand Schlaflosigkeit und Appetitmangel. Niemals waren Kopfschmerzen, Erbrechen oder Ohrenfluss vorhanden.

Von dem Vater des Mädchens wurde mitgetheilt, dass er vor seiner Verheirathung an Ausschlag gelitten habe, den er von einem Kameraden gefangen haben wollte und für Krätze hielt. Auch seine Frau sei mit diesem Ausschlag angesteckt worden. Zum ersten Male kam die Frau mit einer Fehlgeburt nieder, dann wurde die Patientin geboren. Selbige war nach der Geburt schwächlich, entwickelte sich sonst gut und besuchte die Schule mit gutem Erfolg. Es leben noch drei Mädchen, vier sind in der frühesten Jugend gestorben.

Die Eltern sind im Uebrigen gesund; Tuberculose ist zwar in der Familie vorgekommen, aber an den Eltern oder Kindern nicht beobachtet worden.

Die Untersuchung am 14. April 1895 ergiebt Folgendes: Das Trommelfell ist beiderseits glanzlos, etwas injicirt, nicht eingezogen.

---

[3]) Ein Fall wurde rechts und links operirt.

Digitized by Google

Das Hörvermögen ist für Uhr, Hörmesser und Sprache erloschen.

Von den Stimmgabeln wird nur C = 128 durch die Kopfknochen wahrgenommen und auch nur links.

Beide Augen zeigen leichte Conjunctivitis und Episcleritis, geringen Exophthalmus und Trübungen der Cornea. Letztere sind diffus mit eingestreuten dichteren Flecken. Ausserdem bestehen Reste von vorausgegangener Iritis, nämlich Pigmentirung der vorderen Capsel und hintere Synechien nach Erweiterung der Pupille. Die Sehschärfe ist 6/8.

Ausser allgemeiner Anämie sonst nichts Abnormes.

Die Diagnose wurde auf Labyrinthentzündung beiderseits in Folge von Lues hereditaria tarda gestellt und dementsprechend, wenn auch mit geringer Hoffnung auf einen Erfolg, eine antisyphilitische Cur eingeleitet, täglich 2 Gramm Ungt. ciner. und drei Mal täglich ein Kaffeelöffel einer Jodkalilösung 10 : 100.

Nach fünf Tagen erst erschien Patientin wieder; am Gehör hatte sich nichts geändert. Doch war eine linksseitige Facialisparese hinzugekommen, ob zufällig oder als Folge derselben Krankheitsursache, muss dahingestellt bleiben.

Die Cornea hatte sich etwas aufgehellt.

Nach weiteren drei Tagen ergab die Untersuchung, dass die Stimmgabel C beiderseits per Kopfknochen, C_2 = 512 nur links per Kopfknochen gehört wurde, C_5 = 4096 ward nicht percipirt.

Am 30. April ist der Zustand derselbe, nur wird angegeben, dass Harmonikatöne und Wagenrasseln vernommen wurden.

Mitte Mai hatte sich der Zustand des Gehörs nicht verändert, doch war die Facialisparese etwas gebessert, das linke Auge konnte besser geschlossen werden.

Es wurde nun die Therapie geändert und zu Pilocarpininjectionen übergegangen.

Von einer Lösung 0,1 : 5,0 wurden 4 Theilstriche alle zwei Tage eingespritzt. Im Ganzen wurden 5 Einspritzungen gemacht, aber ohne Erfolg, das Gehör veränderte sich nicht mehr; die Facialisparese jedoch besserte sich. Es wurde schliesslich noch Jodeisensyrup verordnet. Bei der letzten Untersuchung am 6. Juni 1895 war die Perception für die Stimmgabeln dieselbe wie oben, die Facialisparese bedeutend gebessert und die Augen frei von Entzündung.

Nicht unerwähnt mag bleiben, dass die Patientin schon früher von mehreren Augen- und Ohrenärzten behandelt worden war.

Was den Fall mittheilenswerth macht, ist wohl der unzweifelhafte Zusammenhang des Gehörleidens mit Syphilis, welcher zwar allgemein bekannt ist, aber nicht immer, wie hier, aus der Anamnese und dem Zusammentreffen mit Keratitis profunda und Iritis chronica fast unzweifelhaft hervorgeht.

Interessant ist auch das Zusammentreffen der Labyrinthentzündung mit der linksseitigen Facialisparese; Gradenigo hat zwar das Fehlen derselben als characteristisch gerade bei dem vorliegenden Krankheitsbilde hingestellt, doch ist mir die neuere Literatur nicht vollständig zur Hand gewesen, so dass ich über ähnliche Beobachtungen nichts mittheilen kann.

Was nun die Therapie betrifft, so könnte man versucht sein, schon

Digitized by Google

prophylactisch einzugreifen. Es wäre vielleicht angebracht, wenn bei Keratitis profunda, die ja früher zur Behandlung kommt, als die Gehörsanomalie, dem Gehörorgan einige Aufmerksamkeit geschenkt würde, um möglicher Weise den Beginn der Labyrinthentzündung zu erkennen. Wenn auch letztere seltener beobachtet wird, als die Augenaffection bei Lues hereditaria tarda, so könnten doch weitere Aufschlüsse gegeben werden. Jedenfalls aber, und dies möchte ich besonders betonen, wäre es angezeigt, allemal dann, wenn die Diagnose Labyrinthentzündung in Folge von Lues hereditaria tarda feststeht und wenn das Hörvermögen nicht schon längere Zeit erloschen ist, eine energische Therapie einzuleiten. Ich glaube, dass in einem frühen Stadium das Weiterschreiten der Entzündung durch die Therapie verhindert werden kann.

Lässt Quecksilber und Jodkali im Stiche, so sind Pilocarpin-Einspritzungen am meisten zu empfehlen und haben auch, wie aus der Literatur hervorgeht, manchen Erfolg aufzuweisen. Daneben sind roborirende Diät, Bäder, Aufenthalt in guter Luft und geeignete innere Mittel eine vortreffliche Unterstützung jener Therapie.

Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

von

Dr. **Hugo Bergeat**, München.

Unter den frischen Kehlköpfen, welche Herr Ober-Medicinalrath Prof. Dr. Bollinger die Güte hatte, mir zu überlassen, fand sich zufällig jener eines an Pericarditis verstorbenen 33jährigen Tagelöhners, starken Trinkers, mit einer kleinen Geschwulst behaftet. Dieselbe sitzt linkerseits an höchst ungewöhnlichem Platze vorne oben auf der Epiglottis, ganz genau durch die Kante und Mittellinie begrenzt. Sie trennt sich in drei Theile, einen breitgestielten gerade auf der Kante, einen zweiten mit breiter Insertion ein wenig lateral und abwärts vom vorigen, und einen dritten flacherhabenen rundlichen, der abwärts von den beiden anderen wiederum neben der Mittellinie sitzt. Der gestielte Theil ist etwa hanfkorngross, die beiden anderen sind entsprechend von etwas geringeren Dimensionen. Kugel- resp. kreisförmige Gestaltung ist allen Theilen gemeinsam, ebenso ein vollkommen glatter Schleimhautüberzug. Die Consistenz war wie von schwarzem Radirgummi. Da die Verschieblichkeit jener den betreffenden Schleimhautstellen entspricht, ist die Submucosa als das Muttergewebe anzusehen. Die Abgrenzung auch des flachen Theiles von der Umgebung war deutlich, die gleichmässig weingelbe Farbe schied sich auffällig von der nicht injicirten Umgebung; gerade das Eigenthümliche dieser Farbe veranlasste mich vollends, die Schönheit des Präparates der microscopischen Untersuchung zu opfern. Letztere wurde im pathologischen Institute ausgeführt und ergab Fibro-

Digitized by Google

sarcom (das Aussehen der Geschwulst hatte ein Lipom erwarten lassen; ich weiss wohl, dass die von Bruns und Schrötter beschriebenen röthlich gefärbt waren). Für die Schnitte wurde der hintere Theil der polypösen Kugel verwendet. Ich lasse den Befund nach der Angabe von Herrn Dr. Dürck, Assistenten am pathol. Institute, folgen:

„Auf den Schnitten erkennt man zu äusserst einen überall wohl erhaltenen, aber etwas verdünnten Saum von mehrschichtigem Pflasterepithel. Dasselbe lässt fast an allen Stellen noch eine deutliche cylindrische Basaltschicht erkennen. Nur dort, wo die Atrophie des Epithels eine sehr hochgradige geworden ist und es nur mehr aus 2—3 Lagen sehr dünner Plattenepithelien besteht, ist eine solche cylindrische Basalmemschicht nicht mehr erkennbar. Unmittelbar auf diese letztere folgt das eigentliche Geschwulstgewebe. Dasselbe besteht aus einem ausserordentlich zellreichen fibrillären Bindegewebe. Die zelligen Elemente desselben sind ausschliesslich spindelförmig, manchmal sehr dicht, manchmal in grösseren Abständen von einander gelagert. Die Kerne sind im Allgemeinen bläschenförmig, zuweilen aber auch dunkel und granulirt, besonders in den peripheren Schichten der Geschwulst. Die Faserzüge derselben stellen mehrere nebeneinanderliegende und microscopisch deutlich von einander abgrenzbare kugelige Knöllchen dar. Innerhalb derselben sind die Fasern und dementsprechend auch die spindelförmigen Zellen concentrisch angeordnet. Da, wo die Spindelzellen auf dem Schnitte quer getroffen sind, erscheinen sie natürlich als kleine Rundzellen mit sehr spärlichem Protoplasmasaum und kleinen dunklen Kernen. An einzelnen Stellen sieht man die faserige Grundsubstanz stärker prävaliren, so dass dort das Bild des reinen Fibroms zum Vorschein kommt. Keiner von sechs Schnitten zeigt ein Blutgefäss. — Wir haben es also hier mit einem Tumor zu thun, der aus sehr zellreichem faserigen Bindegewebe besteht."

Das Präparat ist ein Unicum wegen des Sitzes der Sarcomgeschwulst.

Die Veröffentlichung eines weiteren Falles ist mir durch die Güte des Herrn Prof. Dr. Schech ermöglicht:

W . . ., Lehrersfrau, etwa 36 Jahre alt, März 1890. Nur einmalige Untersuchung. Hochgradige Athemnoth. — Doppelseitige subchordale Tumoren mit beträchtlicher Verengerung des unteren Kehlkopfraumes (die Zeichnung lässt die hintere Kehlkopfwand frei erscheinen und die Wülste vorne enge sich berühren). — P. starb plötzlich im October 1890.

Das Spirituspräparat zeigt Folgendes:

Der Kehlkopf ist von der normalen Grösse eines weiblichen bei 16 Mm. Stimmbandlänge. Es ist ein senkrechter Schnitt in der hinteren Mittellinie und ein horizontaler etwas über dem Ende der unteren Schildknorpelhörner geführt (zur Orientirung habe ich einen etwas grösseren männlichen Kehlkopf, an welchem wegen Verstümmelung die Stimmbänder nicht gemessen werden können, in gleicher Höhe eingeschnitten). Nur die Cricoidea innerhalb des Perichondriums ist erkrankt, und auch von ihr ist der vorderste Theil beiderseits in je 4 Mm. Länge bis auf eine mehr nach dem Lumen zu liegende Zone gelblicher Verfärbung unversehrt geblieben; sonst überall ist der interperichondrale Raum von einem pigmentfreien Gewebe erfüllt, welches nach Abrundung strebt, nur hinten eine Art Schichtung zeigt und den Knorpel bis auf einzelne verknöcherte

Digitized by Google

Fragmente im vorderen Theile und eine dem medianen Firste entsprechende Säule von etwa 5 Mm. Breite ersetzt hat. Dieses letztgenannte Knorpelstück zeigt an der Innenseite im obersten 1/5 eine Verknöcherung, tiefer unten mehrfache Stellen beginnenden Zerfalles, ist gegen das Lumen hin von einer ihrer Dicke entsprechenden Schicht der Geschwulst bedeckt und an der Grenze des obersten und nächsten Viertels in Gestalt einer steilwandigen Grube ausgenagt. Die Gegend dieser Grube scheint mir der Ausgangspunkt der Geschwulst zu sein, weil hier herum die Faserung eine ausgesprochene ist und ein Hohlraum in der Geschwulstmasse den Eintritt des Zerfalles erweist. Abwärts von diesem Hohlraume hat sich zwischen den Seitenwülsten die Geschwulstmasse als dritter medianer Wulst in das Lumen des Kehlkopfes gedrängt; im Gegensatze zu den beiden anderen zeigt dieser Wulst einen unglatten, gefurchten Schleimhautüberzug und reicht unter das Niveau der Cricoidea hinab. Die Seitenwülste verschliessen selbst noch im Spirituspräparate das Larynxlumen beinahe vollkommen; auch nach aussen wird das Perichondrium hervorgewölbt, besonders in der Gegend der Articulatio cricothyreoidea. Es ergeben sich dafür folgende Maasse (die entsprechenden des normalen Kehlkopfes sind in Klammern beigesetzt): Entfernung der Artic. cricothyreoideae von einander 28 (21) Mm., grösste Enfernung beider Perichondriumblätter von einander 12 (6) Mm., Dicke der Schleimhaut 1/3 bis 1/2 (1) Mm. Das Volumen der ganzen Geschwulst entspricht dem einer Marone.

Zur Herstellung der Schnitte wurde ein Stückchen linkerseits in halber Höhe ziemlich weit vorne aus der Geschwulst entnommen. Auch diesmal hatte Herr Dr. Dürck die Freundlichkeit, den microscopischen Befund zu dictiren:

„Man erkennt auf den Schnitten als äusseren Ueberzug eine dünne Schicht mehrzeiligen einschichtigen Cylinderepithels. Das Stratum proprium ist ausserordentlich schwach entwickelt und besteht nur aus wenigen, mit Rundzellen durchsetzten Bindegewebsfasern. Unmittelbar darunter folgt eine sehr dicke, mächtige Schicht straffen, fibrillären, kernarmen Bindegewebes, welches die eigentliche Hülle des Tumors bildet. Unmittelbar darauf schliesst sich das eigentliche Tumorgewebe an, welches aus äusserst dichtgedrängten, sehr grossen, protoplasmareichen, polygonal gestalteten Zellen besteht. Dieselben besitzen fast durchweg grosse bläschenförmige Kerne mit reichlichem dichten Chromatinnetz und meist mehreren Nucleolis. In einigen dieser Kerne sind Reste von Kerntheilungsfiguren erkennbar. Viele dieser Zellen zeigen mehr als einen Kern; in manchen derselben sieht man als Vorstadien des Mehrkernigwerdens einen grossen, in der Mitte bisquitförmig eingeschnürten Kern, andere zeigen 2, 3 bis zu 10 und 12 Kernen auf einer Schnittebene. Das Stroma der Geschwulst ist äusserst gering, nur an wenigen Stellen sieht man schmale Bündel faserigen Gewebes durch dieselbe hindurchziehen; dagegen besitzen die Zellen selbst ausnahmslos an ihren meist vielen Ecken feine protoplasmatiche Ausläufer, die untereinander deutlich in Verbindung stehen und auf diese Weise selbst eine Art ungemein zarter faseriger Intercellularsubstanz darstellen. An wenigen Stellen sieht man ganz geringe Anhäufung von kleinen Rundzellen mit dunklen granulirten Kernen. Zahlreicher in der Peripherie des Tumors sind einige horizontal und

Digitized by Google

vertical verlaufende dünnwandige Gefässe zu sehen. – Es handelt sich demnach um eine Geschwulst, welche offenbar aus embryonalem Bindegewebe besteht, was sich dadurch zu erkennen giebt, dass sämmtliche Zellen faserige Ausläufer aufweisen. Die zelligen Elemente sind sehr gross, das Stützgewebe ist äusserst gering."

Auch zu diesem Sarcome ist wegen der Localisation in der Cartil. cricoidea kein sicheres Seitenstück in der Literatur vorhanden. Newman (Glasgow Med. Journ. 1885, May) hat aber ein an der Basis der Epiglottis sitzendes Alveolarsarcom mit Oteoplasien und einem Knochenbälkchen beschrieben, welches wegen der Aehnlichkeit des microscopischen Befundes einen gleichen Process in der vorderen Mittellinie des Knorpelgerüstes vermuthen lässt, wie er in Schech's Fall in der hinteren Mittellinie begann.

Die Operation gleichgelagerter Fälle anlangend, wäre in den ersten die endolaryngeale Ausschneidung eines Stückes der Epiglottis leicht zu machen und würde eine günstige Prognose für die Function der Epiglottis und für die Ausrottung der Geschwulst gestatten. Auch der andere Fall läge relativ nicht ungünstig, weil zu hoffen ist, dass der Einschluss der Geschwulst innerhalb des Perichondriums eine Metastasirung bisher verhindert hat und weil die Beschränkung auf die Cricoidea nur eine partielle Excision des Kehlkopfes verlangt.

Am Lebenden habe ich an einer Berliner Poliklinik noch einen sicheren Fall von Kehlkopfsarcom gesehen. Er bot fast das gleiche Bild, wie es Scheinmann entwirft; es war nur viel erhabener und mehr nach vorne gewuchert. Der Fall kam früher als Scheinmann's Fall zur Beobachtung und betraf einen Mann in den Vierzigern. Auch hier war die Farbe gelb, meiner Erinnerung nach ein wenig dunkler als Dermatolpulver.

Die relativ häufigere Begegnung mit dieser Geschwulst hat in mir den Wunsch rege gemacht, eine peinliche Lücke im laryngologischen Wissen auszufüllen. Es ist zwar vor 1—2 Jahrzehnten das Kehlkopfsarcom mehrfach der Gegenstand zusammenfassender Abhandlungen gewesen, von Seite v. Ziemssen's (Handbuch der spec. Pathol. u. Ther., IV. Band), Mackenzie's (nach Eppinger's Angabe), Eppinger's selbst in einer ausführlichen pathologisch-anatomischen Schilderung (Klebs, Handbuch der pathol. Anatomie, Heft VII), endlich Butlin's, der unter Heranziehung einer Literatur von 23 Fällen hauptsächlich die Therapie berücksichtigt (on malignant disease of the larynx, London 1883); es sind aber die letztgenannten Arbeiten den neueren Autoren entgangen, die eigenen Quellenstudien derselben hingegen so rudimentär geblieben, dass wir vergeblich nach einem fertigeren Gesammtbilde suchen müssten, hätte nicht Schrötter (Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes etc.) offenbar an der Hand mehrfacher eigener Beobachtungen ein solches von überraschender Reichhaltigkeit entworfen. — Das primäre Luftröhrensarcom hat in Scheuer's Dissertation („Ueber Trachealtumoren", München 1893) Mitberücksichtigung erfahren, so dass mein Verzeichniss vielfach mit jenem Scheuer's übereinstimmt.

Ich habe nun folgende Casuistik aufgefunden:

Digitized by Google

I. Sarcom des Kehlkopfes.

a. primäre Fälle:

Or.	1. Broadbent (von Cohn richtiggestellt)	Transact. path. Society, London 1861, XII, S. 45.
Or.	2. Rauchfuss	St. Pet. med. Zeitschr. 1862, III, S. 153.
Or.	3. Schrötter	Zeitschr. d. Aerzte v. Wien 1865, I, No. 34.
Or.	4. Türck	Klinik d. Krankh. d. Kehlk. 1866, S. 577.
Notiz.	5. Oliver	Am. Journ. of med. sciences 1867, S. 115.
Or.	6. v. Balassa	Wien. med. Wochenschr. 1868, No. 92.
Or.	7. Navratil	Berl. klin. Woch. 1868, No. 49, Fall 7.
Or.	8. Gottstein	Wien. med. Wochenschr. 1868, No. 105.
Blanc.	9. Planchon	Faits cliniques de laryngotomie, thèse de Paris 1869.
		Blanc, Cancer prim. de lar. Paris 1872, obs. 14.
Solis Cohen und Bruns.	10. Ruppauer	Contrib. to pract. laryngosc. New-York 1871, II. Serie.
		Med. Journ. N.-Y. 1871, March.
		Solis Cohen, diseases of the throat, 1872.
		Bruns: Die Thyreotomie.
Or.	11. Sidlo	Oesterr. med. Jahrb. 1870, No. 20.
Bruns s. o.	12. Buek	Med. chir. transact. 1870.
Or.	13.—15. Mackenzie	3 Fälle: Growths in the lar. London 1871, Fall 49, 59, 95.
Or.	16. Derselbe	1 Fall: Transact. path. society XXI, 1871, S. 53 (nicht zu verwechseln mit Fall S. 51!).
	17. Derselbe	1 Fall; kurz erwähnt in „Krankheiten des Halses etc." 1880, I. Bd., S. 472.
Or.	18. Blanc	Cancer prim. du lar., Paris 1872, obs. 3, S. 52.
Or.	19. Laroyenne	Gaz. hebdom. 1873, S. 780.
Or.	20. Cohen, Solis I	Diseases of the throat 1872 (lediglich in der Statistik aufgeführter Fall; der ausführlichere ist identisch mit dem Ruppauer's).
Or.	21.—25. Fauvel	Traité prat. des mal. du larynx. Paris 1875. Fall 33, 80, 137, 190, 211.
Or.	Derselbe	Ibid., Fall 214; ist identisch mit:
Or.	26. Raymond & Longuet	Bull. soc. anat. 1874, No. 49, S. 73—75.
Ref.	27. Bottini I	Giorn. dell'acad. di med. di Torino 1875.
Or.	28. Burow (primär?) I	Berl. klin. Wochenschr. 1875, S. 525.
		Eppinger, Klebs' Handbuch der path. Anat., Heft VI.
Or.	29. Schech I	Deutsch. Arch. f. klin. Medic. 1875, No. 16, S. 236.

Digitized by Google

Or.	30. Robinson	Am. Journ. of med. science, Phil. 1875, No. 138, S. 394—406.
Or.	31. Burow II	Berl. klin. Wochenschr. 1877, No. 8. Mittheil. aus der chir. Privatklinik. Leipzig 1880, S. 96—102.
Or.	32. Foulis	Lancet 1877, 13. October. Ibid. 1879, 29. März (weiterer Verlauf).
Ref.	33. Albert	Beiträge zur oper. Chir.; einige Operationen am Pharynx 1878.
Or.	34. Lange	Archives of laryngol. 1879, S. 31.
Or.	35. Ganghofner	Veröffentlicht durch Eppinger in Klebs' Handb. d. path. Anatom., Band VII.
Or.	36. Küster	1884, XIII. Chir.-Congress, S. 96. Schett, In.-Diss., Berlin 1888.
Titel.	37. Elsberg	Med. Records N.-Y. 1882, 79. Bull. N.-Y. path soc. 1882, 2. Ser., S. 35.
Notiz.	38. Rzehazek	1882 (briefl. Mitth.) Kraus, Wien. med. Ztg. 1890, No. 15.
Titel.	39. Semon I	St. Thomas' hosp. rep. 1882, XII, 1, S. 121.
Ref.	40. Coupard	Revue mens. de lar. etc. 1882, III, S. 42—46.
Or.	41. v. Bergmann (im Or. als Adenosarcom, in mehreren Referaten als Carcinom aufgeführt)	Sitzungsber. d. Würzb. med Ges. 1882, 3 und 4, S. 47 ff.
Ref.	42. Bottini II	1883? Cit. Centralblatt f. Chir. 1887, S. 70.
Or.	43. Butlin	Malignant disease of the lar. 1883, S. 7 (Abbildung).
Or.	44. Labée (Labbé)	Bull. de l'acad. de méd., 1885 No. 12, 1886 No. 4.
Or.	45. Hahn	Volkm. Samml. klin. Vortr. 1885, No. 260.
Or.	46. Newman I	Glasgow Med. Journ. 1885, May, S. 376—379.
Ref.	47. Gerster	Intern. Centralbl. f. Lar. III, S. 450, IV, S. 282. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXIX, 5 und 6, S. 538.
Ref.	48. Agnew, Hayes (in Tab. Kraus als Carcinom aufgeführt)	Ref. Sém. méd. 1887, 9. März.
Notiz.	49. Newman II	Centralbl. f. Lar. V, S. 346.
Ref.	50. Jurist	Med. News 1887, 51, S. 474. Ref. Cbl. f. Lar. IV, S. 496.
Ref.	51. Gleitsmann	Ref. Schrötter, Vorlesungen über Krankh. d. Kehlkopfes etc. 1887, S. 328.

Digitized by Google

Or.	52. Semon II	Transact. path. soc. London 1887/88, 39, S. 36—38.
Notiz.	53. Cacciopoli	1888 (briefl. Mitth.), Kraus, Wien. med. Zeitung 1890, No. 15.
Ref.	54. Ceccherelli	Il Morgagni 1888.
Ref.	55. Hjort	Norsk Mag. f. Laegevidensk. 1888, 4. R. III, 969—975.
Ref.	56. Heiberg	Ugeskrift for Laeger 1889, p. 72. (Cit. in Schrötter's Vorlesungen.)
Or.	57. Délie	Revue de lar. 1892, S. 379. Soc. méd. de Bordeaux 1889, S. 388.
Or.	58. Bessel-Hagen	Centralbl. f. Chir. 1889, 16, S. 901.
Or.	59. Jurasz	Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXIX, V und VI, S. 497. Aerzte- und Naturf.-Versammlung, Heidelberg 1889.
Or.	60. Schnitzler—v. Frisch (s. auch Luftröhre)	Wien. med. Blätter 1889, S. 359. Laryngol. Atlas 1895, S. 92—100.
Or.	61. Tietze	Berl. klin Wochenschr. 1890, No. 29.
Or.	62.—64. Browne, Lennox	The throat and nose, Philad. 1890, Fall 3, 8, 10 (an letzterem Falle die Diagnose vom Beob. nachträgl. richtiggestellt).
Or.	65. Arnaud-Moure	Leçons sur les mal. du larynx, Paris 1890.
Or.	66. Cohn	Mediz. Monatsschr. 1890, März, S. 131.
Notiz.	67. Bosworth	Rosenberg, Lehrbuch der Krankh. des Kehlkopfes etc.
Or.	68. Scheinmann	Berl. klin. Woch. 1892, 21, S. 508.
Ref. C.f.L.	69. Solis Cohen II	Phil. Med. News, 9. April 1892. Ref. C. f. L. 1892, S. 304.
Ref.	70. Dansac (Dauzac?)	Annal. des mal. de l'or. 1893, No. 19, S. 325—333.
Ref.	71. Levy	Journ. am. med. assoc. 1893, 18/XI.
Notiz.	72.-74. Krause	Kurz erwähnt von Bruck, s. u.
Or.	75.—77. Schmidt, M.	Krankh. d. ob. Luftwege, Berlin 1894, S. 481.
Ref.	78. Paul	Liverp. Med.-chir. Journ. 1894, XIV, 260—267.
Or.	79. Mackay	Lancet 1894, 14./IV.
Ref. C.f.L.	80. Birkett	N.-Y. Medical Journ, 17./XI. 1894.
Ref.	81. Szmuilo	Medycyna 1894, No. 31. Ref. C. f. L. XI, S. 425.
Or.	82. Semon III.	Lancet, 15./XII. 1894. Proceedings laryng. Society London, 14./III. 1894.
	83. Schech	Vorliegende Abhandlung.
	84. Bergeat	Vorliegende Abhandlung.
	85. Baurowicz	Arch. f. Laryngol. II, 3, S. 409.

Digitized by Google

b. secundäre Fälle.

α. durch Wucherung:

Ref.	1. Lücke (cf. Trachea)	Arch. f. klin. Chir. VIII, 1871, S. 88.
Ref.	2. Caselli	Bull. delle scienze med. di Bologna 1880.
Titel.	3. Delafield	„Sarcoma of the larynx, pharynx and nares; death.“ Med. Rec. N.-Y. 1876, XI, 412.
Ref.	4. Heath (cf. Luftröhre)	Med. Times and Gaz. 1879, 13/12.
Ref.	5. Gerster	Archives of laryngol. I, S. 124.
Ref.	6. Morgan	„Case of glosso epiglottic sarcoma.“ Transact. am. lar. soc. N.-Y. 1883, V.
Or.	7. Lanz (Kocher)	Arch. f. Chir. 1892, 44, S. 1.
Or.	8. Scheier	Berl. klin. Wochenschr. 1892, 24.
Or.	9. Bruck (Krause)	Berl. klin. Woch. 1893, 37, S. 690.
Ref.	10. Mc. Burney	Gesellsch. d. pract. Aerzte in N.-Y., Sitzung vom 3. März 1893.

β. durch Verschleppung:

Or.	11.—12. Eppinger (2 Fälle)	Klebs, Handb. d. pathol. Anatomie, Heft VII.

c. unsichere Fälle:

Or.	1.—2. (primär) Fauvel (n. eigener Angabe)	Traité des malad. du larynx 1875, Fall 131, 267.
Ref.	3. primär (Reyher) (auseinandergehende Referate)	St. Petersb. Med. Wochenschr. 1877, 17 und 18, ein Fall.
Ref.	4. (primär) Wagner, Clinton (verschiedene microsc. Diagnose)	Phil. Med. News 1883.
Notiz.	5.—6. (primär) Semon (auseinandergehende microsc. Diagnose)	Lancet, 15. December 1895. (Cbl f. Lar. VI (Sammelforschung).
Ref.	7.—12. (prim.) Massei (nach Bruck sämmtl. 6 Fälle ohne microsc. Diagnose)	Sui neoplasmi della laringe, Napoli 1885.
Ref.	13. (primär) Stokes (microsc. Präparat als Mischung von Sarcom und Carcinom erklärt)	Jahresvers. d. Brit. med. assoc. Leeds, 1889, August.
Or.	14. (primär) Toeplitz (n. eigener Angabe)	Internat. med. Congress, Berlin 1890, Band IV.
Notiz.	15. (prim.) Beschorner (atyp. Geschwulst)	Centralbl. f. Lar. V., S. 137, Fall IV (Sammelforschung).
Ref.	16. (primär) Tschudi (n. eigener Angabe)	Wien. klin. Wochenschr. 1894, No. 8.
Ref.	17. (sec.) Roquer y Casadesus (ohne microscop. Diagnose; sec. vom Schlunde aus)	Revue de lar. 1892, S. 799.

Digitized by Google

II. Sarcom der Luftröhre.

a. primäre Fälle:

Or.	1. Schrötter	Wien. med. Jahrb. 1868, 1. Jahresb. d. Clin. f. Laryngosc. 1870. Störk, Handb. 1879 (unter „fibr. Neubildungen"). Zemann, Wiener Presse 1888, 29.
Ref.	2. Derselbe	Lar. Mittheilungen 1875 (und früher).
Or.	3. Meyer-Hüni (und Kaufmann)	Corr.-Blatt schweizer Aerzte 1881, 9, S. 457.
Ref.	4. Johnston und Cotterill	Ed. Med. Journ. XXXI, 12. Juni 1886, S. 1108.
Notiz.	5. Bamberger-Billroth	Zemann-Schrötter, Anzeiger der Gesellsch. d. Aerzte Wiens 1887, 30.
Ref.	6. Chiari-Maydl	Aerztl. Ber. aus d. Privatheilanstalt von Dr. Eder 1889.
Or.	7. Koch	Internat. med. Congress, Berlin 1890, IV (nur ein Fall).

b. secundäre Fälle (Vollständigkeit der Liste nicht angestrebt):

Ref.	1. Lücke (cf. Larynx)	Archiv f. klin. Chir. 1871, VIII, S. 88.
Ref.	2. Müller, W.	Jenaische Zeitsch. f. Med. u. Naturwissensch. VI, 1871, S. 456—476.
Ref.	3. Heath (cf. Larynx)	Med. Times and Gaz. 1879, 13/12.
Ref.	4. Rose	Kaufmann, Deutsche Zeitschrift f. Chir. XI, S. 413.
Ref.	5. Miller	„A sarcomatous tumor on the trachea causing death by occluding the oesoph." Practitioner, Lancaster 1883, 1, 69.
Ref.	6. Paget	Brit. Med. Journ. 1886, 23. Octbr.
Ref.	7. Schnitzler-v. Frisch	Wiener med. Blätter 1889, S. 359. Wien. med. Wochenschr. 1889, No. 23.
Ref.	8. Paul	Liverp. Med.-chir. Journ. 1894, Jan.
Ref.	9. Huber	Ref. Schmidt, Krankh. der oberen Luftwege.
Or.	10. Spencer	„Sarcoma surrounding trachea and aorta in a dog." Transact. path. soc., London 1890/91, LV, S. 537.

Abbildungen:

Kehlkopfbilder und macroscopische Ansichten:

Schwarz.	Türck	Kehlkopfbild.
„	Balassa	„ ursprünglich.
		„ im Recidiv.
„	Navratil	„
„	Sidlo	„

Digitized by Google

Farbig.	Mackenzie 1. Nummer	Kehlkopfbild, Tafel 3 No. 3.
„	3. „	„ bei Inspir., Tafel 3 No. 7.
		„ bei Phonat., „ 3 „ 8.
		„ nach der Oper. „ 3 „ 9.
Schwarz.	4. „	„ ursprünglich.
		Geschwulst allein nach der Operation.
„	Fauvel Fall 214.	Kehlkopfbild.
„	Schech	„ vor der 1. Oper. und
		„ nach der Operation.
Farbig.	Burow, laryngosc. Atl. 1877, Tafel VIII, 1 u. 2	„ vor der 1. Operation.
		„ gerade vor d. Pharyngotomie.
Schwarz.	Lange	Abbildung der Operationswunde.
„	Butlin	Abbildung des Präparates.
„	Browne, Lennox,	
	Fall 3	Kehlkopfbild.
	„ 8	Kehlkopfbild mit Carcinom S. 480, analog dem Sarcomfalle.
	„ 10	Kehlkopfbild bei der 1. Unters.
		„ 1 Jahr später.
Farbig.		Dasselbe in Farben, Taf. 13 No. 91.
„		Anatom. Präparat, Taf. 14 No. 120.
„	Schnitzler	Laryngol. Atlas Tafel XXVII, Fig. 5.
Schwarz.	Cohn	Anatom. Präparat.
„	Meyer-Hüni	Geschwulst in situ, schematische Profilansicht.

Microscopische Ansichten:

Schwarz.	v. Balassa	Drei Bilder.
„	Mackenzie 1. Nummer	Tafel 1 No. 7.
	2. „	„ 1 „ 6.
	3. „	im Text.
	4. „	zwischen Seite 54 und 55.
„	Fauvel Fall 214	Tafel XVIII.

Aus dem jeweiligen Vermerke kann der Leser ersehen, wie frisch und auch wie kräftig die einzelnen Quellen zu dieser Forschung gesprudelt sind. Bei Zulassung nur der directen Zuflüsse könnte manche Klippe der Unkenntniss nicht tief genug unter Wasser gebracht werden. Sicher ist es mir gelungen, die allermeisten Trübungen und Verunreinigungen fernzuhalten; dieselben zu registriren, habe ich erst später begonnen, kann aber noch immer eine stattliche Reihe von Fällen aufzählen, betreffs welcher die weitere Forschung erspart bleiben darf.

Es sind irrthümlich berichtet:

ein im Schreibfehler existirender weiterer Fall Schrötter (Centralbl. f. Laryngol. VI, S. 137),

in Folge Doppelzählung ein dritter Fall Burow (Eppinger, Klebs' Handbuch der pathol. Anatomie),

ein zweiter Fall Foulis (angeblich aus der Zeit 1880; damals operirte Foulis ein Cancroid),

ein sechster Fall Mackenzie (Transact. path. Society 1870, S. 51), und

ein siebenter Fall Fauvel (Op. cit. obs. 3),

Digitized by Google

welche letztere beiden dadurch zum Citate als Sarcome gelangten, dass die von Ausländern beliebte Anwendung des Adjectives „sarcomateux (ous)“ im allgemeinen Sinne von „fleischähnlich“ irregeführt hat. — Umgekehrt ist das Wort „cancer“, welches im Auslande vielfach für fressendes Geschwür im Allgemeinen verwendet wird, gleichbedeutend mit Carcinom aufgefasst und daher beispielsweise der Sarcomfall Hayes' als Epitheliom referirt worden. — Der Fall Clinton Wagner's wird, obwohl der Autor selbst die Unsicherheit der microscopischen Diagnose betont, ad libitum als Sarcom oder als Carcinom aufgeführt. — Der Fall Caselli (Bologna) hat ein eigenthümliches Seitenstück in einem Falle, der von einem Caselli in Paris einige Jahre später veröffentlicht wurde; letztere Veröffentlichung betrifft ebenfalls ein 19jähriges Mädchen, an welchem gleicherweise die Laryngectomie gemacht worden ist, aber wegen Carcinoms (nach Hahn's Liste). Da die Referate über den ersteren Fall im Allgemeinen übereinstimmen, musste ich denselben berücksichtigen, aber wegen der Art der extralaryngealen Ausbreitung trotz Erkrankung des Kehlkopfes in seinen beiden Hälften unter die secundären Fälle verweisen. — Was sonst die Einreihung unter die primären und secundären Fälle anbelangt, so ist wegen der vorgeschritteneren Erkrankung der Lymphdrüsen der Fall Bruck als secundär anzusehen; den Fall Gleitsmann bin ich stark geneigt, wegen der vorangegangenen Excision der Lymphdrüsen in derselben Art zu classificiren. Den Fall Burow I lasse ich unter den primären Fällen, da eine weitere Veröffentlichung fehlt, ob die Blutcyste am Halse mit einem extralaryngealen Sarcom, das jedenfalls weitergewachsen wäre, im Zusammenhange stand; ebenso Rzehazek's Fall, weil ein Durchbruch vom Kehlkopfe nach aussen bei solchem Umfange der Affection des Kehlkopfes wahrscheinlicher ist, als ein Durchbruch in umgekehrtem Sinne, weil ferner nichts von einer Affection der Luftröhre erwähnt ist, welche bei primärer Affection der Schilddrüse neben und vor dem Kehlkopfe erkrankt zu sein pflegt.

Unter die unsicheren Fälle mussten die 6 Beobachtungen Massei's verwiesen werden, weil nach Bruck's Versicherung sie sämmtlich der microscopischen Untersuchung entbehren.

Aus Scheuer's Liste der Luftröhrensarcome ist der zweite Fall Koch's zu streichen; es ist nämlich überhaupt nicht festgestellt, welcher Art diese Geschwulst war. — Johnston und Cotterill's Fall ist irgendwo als derbes Fibrom referirt, entgegen der Diagnose der Beobachter.

Das Lymphosarcom gehörte zwar in den Rahmen des Aufsatzes (trotz Kundrat's Definition), weil die Elemente des L. als nicht sesshafte Bindegewebszellen zu betrachten sind. Ich brauche, nach Störk's Bearbeitung dieser Geschwulstart (Wiener med. Zeitschrift 1894), nur auf dieselbe mich zu beziehen und Störk's Liste durch die Fälle bei Eppinger und Lennox Browne zu verlängern.

Die laryngoscopische Kenntniss der Geschwulst ist dadurch beeinträchtigt, dass besonders seit Ausübung der Laryngectomie über dem chirurgischen Interesse die feinere Beobachtung in den Hintergrund getreten ist. Leider hat die grosse Mehrzahl unserer hervorragenden Fachgenossen uns ihre Beobachtungen bisher vorenthalten, weshalb ich an dieser Stelle um deren Mittheilung bitte.

Digitized by Google

Meine Liste führt auf:

Kehlkopfsarcom,	primäres	85	Fälle,
	sec. per contin. .	10	„
	„ metast. .	2	„
	unsicheres . . .	17	„
		114	Fälle.
Luftröhrensarcom,	primäres	7	Fälle,
	sec. b. Menschen .	9	„
	„ Thiere . .	1	„
		17	Fälle.

(Die Fälle Heath, Lücke und Schnitzler-v. Frisch sind sowohl unter den Kehlkopf- als den Luftröhrensarcomen gezählt).

Es treffen hiernach auf das Jahr etwa zwei Veröffentlichungen primären Kehlkopfsarcoms. — Nachdem die beiden Fälle von Metastase in den Larynx dem pathologischen Institute in Prag allein entstammen, lässt sich ein immerhin nicht seltenes Vorkommen dieser Metastase annehmen.

Die Zahl der Sarcome zu jener der anderen Geschwülste im Kehlkopfe ist ersichtlich aus Schmidt's Tabelle (Krankheiten der oberen Luftwege, S. 480); sie verhalten sich dort wie 3 : 548. Gegenüber dem Carcinom allein findet sich nach den Aufstellungen von Hahn, Kraus und Schmidt das Sarcom ein Mal auf 17—25 Carcinome, während für den gesammten Körper nach Gurlt's Statistik aus den Wiener Krankenhäusern (Zeitschrift für klinische Chirurgie 1879) das Verhältniss etwa 1 : 13 ist. — Das primäre Luftröhrensarcom kam nach Scheuer's Aufstellung relativ viel häufiger, 10 Mal neben 71 anderen Geschwülsten resp. neben 20 Carcinomen vor. Eines der drei von Gurlt erwähnten Luftröhrensarcome ist mir nicht auffindbar gewesen.

(Fortsetzung folgt.)

Bericht
über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung zu No. 7.)

4) Dennert (Berlin): Zur Prüfung des Tongehörs.

Gegenüber dem Skepticismus, der in letzter Zeit mehr oder weniger der Theorie von v. Helmholtz über das Hören, wie Hand in Hand damit dem diagnostischen Werth der Prüfung des Tongehörs entgegengebracht wird, betont D. die Nothwendigkeit, nach beiden Richtungen hin mit grösster Consequenz weiter zu forschen, so lange nicht die erstere als falsch, die letztere als entbehrlich erwiesen sei. Nach ersterer erklären sich auch heute noch am besten die meisten Beobachtungen am gesunden und kranken Gehörorgan, und in den Tönen hätten wir ein

Digitized by Google

Hörprüfungsmittel, dessen physikalische Gesetze wir einigermaassen kennen, welche sich nach Qualität, nach Intensität und ganz besonders auch (was D schon bei verschiedenen Gelegenheiten, zuletzt auch auf der I. Versammlung dieser Gesellschaft, betont hat) der Quantität nach beliebig variiren liesse, so, dass es sich auch, ganz abgesehen von jeder Theorie, am zweckmässigsten erweist für die natürlichste Untersuchung der Gehörorganes. Nachdem er die Mängel beleuchtet hat, die der heutigen Methode zur Prüfung des Tongehörs anhaften, sowohl in Bezug auf das tongebende Material und die Fixirung des Normalgehörs, als auch auf die Unsicherheit der Ergebnisse der Prüfung in Folge mangelhafter Beobachtungsgabe von Seiten der zu prüfenden Individuen, in Bezug auf das, was sie hören resp. nicht hören, geht er auf die letztere Fehlerquelle näher ein.

Um sich vor Täuschungen zu bewahren, sei es nothwendig, die Prüfung des Tongehörs so auszuführen, dass sie zu einer objectiven werde. Zu dem Zweck empfiehlt er zwei Wege; einmal die zweckmässige Verwerthung des Schallquantums, die Zahl der Wellen, die im gegebenen Falle zur Wirkung kommen. Bei dem Ausdruck „qualitative Hörprüfung", wie man ihn häufig lese, handle es sich nicht um das Quantum, sondern um die Intensität des Schalles, die von der Amplitude abhängig sei; diese beiden Momente seien streng von einander zu unterscheiden. Bei gleicher oder nahezu gleicher lebendiger Kraft einer einfachen Schallwellenbewegung entspricht einer grösseren oder kleineren Anzahl von Schallwellen auch eine grössere oder kleinere Wirkungsfähigkeit, und eine kleine Anzahl von Schallwellen mit grosser lebendiger Kraft wird einer grossen Anzahl von Wellen mit kleiner lebendiger Kraft aequivalent sein können in Bezug auf ihre Wirkungsfähigkeit. Mit Hilfe dieser physikalischen Gesetze könne die Hörprüfung so ausgeführt werden, dass sie zu einer objectiven wird, wie D. an einer von ihm angegebenen Methode zeigt. In zweifelhaften Fällen können noch in einer anderen Weise die Ergebnisse der Hörprüfung in Bezug auf ihre Richtigkeit controlirt werden, nämlich so, dass man für die Schallbewegung einer mit einer bestimmten Anfangsamplitude schwingenden Stimmgabel auf zwei verschiedenen Wegen die Hörschwelle bestimmt, einmal nach der Zeit, zweitens nach der Entfernung, in welcher sie unmittelbar nach dem Anschlagen der Stimmgabel gehört wird; die Relation der beiden Wege zu einander diene alsdann zur Controle.

D. sieht in diesen Mittheilungen eine weitere Bestätigung der Theorie von v. Helmholtz, und ist der Ueberzeugung, dass sie sich auch zur Lösung anderer physiologischen und practischen Fragen werde nachweisen lassen. Da die Schallbewegung eine lebendige Kraft ist, kann es nicht ohne Belang sein, ob wir ein mechanisches Hinderniss, wie wir es z. B. bei Veränderungen im Mittelohr beobachten, oder ob nervöse Schwierigkeiten, peripherer oder centraler Natur, zu überwinden sind.

Discussion:

Barth (Marburg) erwähnt, in zwei Fällen beobachtet zu haben, dass die Hörfähigkeit für die Klangdauer, im Vergleiche zu der für die Intensität, wesentlich herabgesetzt war. Aehnliche Fälle müssen wohl häufiger vorkommen, doch entgehen dieselben unserer Aufmerksamkeit,

Digitized by Google

weil wir bis nun für diese geringen Grade der Schwerhörigkeit kein brauchbares Messinstrument haben, und B. glaubt, dass selbst Dennert's Untersuchungsmethode dazu nicht ausreicht. — B. construirte sich deshalb einen Apparat, der die Schwingungen höherer und tieferer Töne, welche das Ohr treffen, zu zählen erlaubt, ohne dass während der Untersuchung zu sehr störende Nebengeräusche erzeugt werden. Der Apparat hat zwei aufeinander gleitende Scheiben mit correspondirenden Abschnitten; eine Scheibe steht fest und auf dieser wird eine ihre Schwingungen selbst registrirende Stimmgabel befestigt. Die Zahl der Schwingungen ist abhängig einerseits von der Grösse der Oeffnungen, andererseits von der Geschwindigkeit, mit der die eine Scheibe über der anderen gleitet, und endlich von der Höhe des Tones.

Dennert erwiedert, schon vor vielen Jahren ähnliche Versuche mit den von Barth erwähnten Scheiben angestellt zu haben, nur hat er dieselben wegen der störenden Nebengeräusche aufgegeben.

5) Lucae (Berlin): Weitere Mittheilungen über die mit der federnden Drucksonde gemachten Erfahrungen.

L. hat in 46 diagnostisch meist zweifelhaften Fällen (Sclerose oder Labyrintherkrankung?), wo therapeutisch nur die Drucksonde angewendet wurde, die Heilresultate mit dem Ausfalle des Rinne'schen Versuches und der Tonprüfung verglichen. Mit einer einzigen Ausnahme kamen ferner nur Fälle in Betracht, in denen die höchsten musikalischen Töne noch verhältnissmässig gut vernommen wurden. Es ergab sich dabei, dass gerade die Fälle mit positivem Rinne (20), mit einer einzigen Ausnahme, sämmtlich sehr gebessert wurden; hieran schliessen sich die ebenfalls deutlich gebesserten Fälle, wo Rinne vor der Behandlung negativ und nach derselben positiv ausfiel (8), während von den übrigen 18 mit constantem negativen Rinne 12 gebessert, 6 gar nicht gebessert wurden.

Die besseren Resultate in den Fällen mit positivem Rinne erklärt L. durch die hier gleichzeitig vorhandene Perception aller musikalischen Töne, und nimmt er an, dass in diesen Fällen wohl vorwiegend eine leichtere Affection im schallleitenden Apparate vorgelegen habe, ohne dass man berechtigt sei, jede Labyrintherkrankung auszuschliessen. Besonders mitgetheilt werden zwei Fälle von unzweifelhaftem Labyrinthleiden, in denen die Drucksonde von entschiedenem Nutzen war. Ein Fall von Falschhören bei einem Musiker und ein Fall von Menière'scher Krankheit, in welchem die einmalige Anwendung der Drucksonde die Schwerhörigkeit auf drei Monate wesentlich besserte. Schliesslich theilt L. einen Fall mit Ausfallen der höchsten musikalischen Töne mit, welcher ein dreijähriges, nach Meningitis vollständig taub gewordenes Mädchen betraf. Als L. dasselbe nach 11 Jahren wiedersah, hatte sich auf dem rechten Ohre das Gehör für die Sprache in geringem Grade wieder eingestellt, dabei wurden von den musikalischen Tönen die tiefsten und tieferen empfindlich stark, die mittelhohen und höheren noch verhältnissmässig gut, c^4 und c^5 dagegen gar nicht gehört. Nach einer kurzen Drucksonde-Behandlung des rechten Ohres kehrte unter gleichzeitiger weiterer Besserung des Sprachverständnisses die Perception von c^4 zurück.

Digitized by Google

6) Haug (München): Zur Polymyositis infectiosa ex otitide. (Autoreferat.)

H. theilt drei Fälle mit, in denen es sich um Muskelmetastasen, um Abscesse innerhalb der Muskelsubstanz und innerhalb der Fascie, handelt, die im Verlaufe einer vulgären acuten eitrigen Otitis media ohne causalen Nexus mit einer Allgemeininfection sich entwickelt hatten. Es lag keine von Fränkel-Schwabach beobachtete Form der Dermatomyositis vor, sondern reine wirkliche Muskelmetastasen allein.

I. Fall: 27jähriger, bisher immer ohrengesunder kräftiger Mann acquirirt im directen Anschluss an eine unrichtig ausgeführte Nasendouche eine acute eitrige Otitis media, in deren Verlauf sich nach einem leichteren Schüttelfrost erst eine schmerzhafte Schwellung an dem linken Musc. deltoides bis zur Grösse eines Handtellers entwickelt. Wegen Fortdauer des Fiebers, der Schmerzen im Ohre und in der Warzenfortsatzgegend vorgenommene Aufmeisselung war von völlig negativem Resultate. Nach der Operation verschwand die Intumescenz an der Deltoidesregion, doch das Allgemeinbefinden besserte sich nicht; Temperatur Morgens 36,3—36,9°, Abends 38,4—39,6°. Nach einem starken abendlichen Schüttelfrost in der vierten Woche folgte eine Schwellung im oberen Drittel des linken Gastrocnemius, die rasch zu Apfelgrösse geworden; am sechsten Tage Eröffnung des Abscesses, derselbe sitzt innerhalb der Muskelbündel des Gastrocnemius und enthielt colossale Mengen von Streptococcen. Trotz der nun eintretenden wesentlichen Besserung des Allgemeinbefindens blieben immer noch abendliche Fiebersteigerungen bis zu 38,5°, bis drei Tage hintereinander Andeutungen von Schüttelfrösten aufgetreten waren, denen je eine schmerzhafte Schwellung in der Gegend des linken Supinator longus des Vorderarmes, des rechten Abductor magnus und des linken Masseter folgten; alle drei verschwanden rasch. In der sechsten Woche völlige Heilung, sowohl des Ohres als auch der Pyämie.

II. Fall: 22jähriger, bisher immer gesunder Mann hat seit zwei Tagen, angeblich in Folge einer Erkältung, eine acute hämorrhagische Media; am vierten Tage, wegen der starken meningealen Erscheinungen, Paracentese. Nach der Paracentese wurden damals (im Jahre 1892[1])

[1]) Haug schickt hier ein, dass er seit über 1½ Jahren bei der Behandlung der acuten perforativen Media alle Ausspülungen des Gehörganges mit antiseptischen oder physiologischen Lösungen vollständig unterlässt. Die Behandlung besteht lediglich in einer sorgfältigen Trocknung des Gehörganges mittelst steriler Watte, hierauf Einführung eines sterilen Gazestreifens (eventuell Chinolin-Naphtholgaze, da die absolut nicht reizt). Die Trockenlegung wird 1—2 Mal des Tages vorgenommen, wenigstens anfänglich, bei grösserer Menge des Secretes, ebenso werden die durchtränkten Gazestreifen gewechselt. Luftdouche wird innerhalb der ersten 14 Tage überhaupt nicht geübt, und dann höchstens, wenn absolut keine Schmerzempfindung beim leichtesten Valsalva im Ohre auftritt; so lange irgend welche, auch nur leichteste Schmerzen im Ohre vorhanden sind, darf die Luftdouche unter keinen Umständen gehandhabt werden, so wenig, als sie, wenn sich zur Zeit eine acute oder subacute Reizung innerhalb des Nasenrachenraumes vorfindet, genommen werden darf; häufig unterbleibt aber die Luftdouche überhaupt, selbstverständlich wenn keine Tubenverschliessungen statthaben.

Digitized by Google

Ausspülungen mit verdünntem Liqu. alum. acet. vorgenommen. Anfangs schien die Sache normal verlaufen zu wollen, doch am 19. Tag bekam Pat. plötzlich einen heftigen Schüttelfrost. Die geringer gewordene Secretion hatte plötzlich sistirt, doch nach erneuter Paracentese und Dilatation stellt sich bei Freisein der Regio mastoidea ein neuer abendlicher starker Schüttelfrost ein, welchem hohes Fieber folgt. Am Morgen war das Handgelenk rechts schmerzhaft und geschwollen, was übrigens in kurzer Zeit zurückgeht. Drei Tage darauf wieder Schmerzen im Ohre, denen ein Exsudat in der Gegend der Membr. Shrapnelli zu Grunde lag. Trotz Eröffnung bekam Pat. — am Ohre waren keine Schmerzen mehr da — in der Nacht einen dritten Schüttelfrost, dem Fieber von 39,9° folgte. Am folgenden Tage war im vorderen Drittel des rechten Vorderarmes eine apfelgrosse Stelle schmerzhaft vorgewölbt; innerhalb der nächsten Tage Abscedirung. Bei Eröffnung des Abscesses zeigt sich derselbe in die Muskelbündel eingelagert und bis an die Fascie reichend; im Eiter Streptococcen. Heilung innerhalb der siebenten Woche.

III. Fall: 20jährige Frauensperson erlitt vor vier Tagen eine traumatische Trommelfellruptur links durch Ohrfeige; die Wunde wurde von Pat. durch Oel- und Milcheingiessungen inficirt und es bildete sich in Folge dessen eine acute Mittelohreiterung; im Nasenrachenraume keine Entzündungserscheinungen; Pat. war früher nie ohrenkrank. Sämmtliche Räume des Mittelohrs zeigten sich bald ergriffen, Ende der zweiten Woche treten typische Symptome von Seiten des Warzenfortsatzes auf. Bei der Eröffnung des letzteren zeigt sich ein Empyem desselben, das hauptsächlich das Centrum und eine grosse Spitzenzelle des ausserordentlich pneumatischen Warzenfortsatzes befallen hatte; nach der Operation Verlauf, von Seiten des Ohres, völlig normal. In der siebenten Woche jedoch stellte sich nach abendlichen Schüttelfrösten eine schmerzhafte Intumescenz der linken Fossa supraspinata ein, gleichzeitig mit einer Schwellung in der linken Achselgrube und der Partie neben dem Musc. deltoides. Die erstgenannte Schwellung führte zur Eiterung, bei der Incision fand sich der Abscess in das Muskelgewebe des Musc. supraspinatus eingelagert; die

---

Seit Haug diese „absolut trockene Indifferentbehandlung“ stricte und constant durchgeführt hat, hat er die Beobachtung gemacht, dass nicht nur die mastoidealen Complicationen viel seltener zur Behandlung kamen, sondern auch, was nicht zu unterschätzen ist, dass die Dauer der eitrigen Perforativmedia um beinahe die Hälfte gekürzt wurde; während wir sonst oft 5—6 Wochen brauchten, heilt die Mehrzahl der Fälle in 14 Tagen bis längstens 3 Wochen, dabei mit einer völligen Restitutio ad integrum. Es ist ja auch leicht begreiflich, dass am frühesten die absolute Heilung dann eintreten wird, wenn man Alles vermeidet, was irgendwie schadenerregend wirkt oder neue Infection herbeizuführen im Stande ist, und unter diese Momente gehört die Vornahme der frühzeitigen Luftdouche und die Ausspritzungen, die thatsächlich oft schaden. H. geht so weit, den Patienten während der acutesten Zeit jegliche Luftverdichtung zu verbieten; sie sollen also mit dem Schnäuzen der Nase möglichst vorsichtig sein. (In der Nachmittagssitzung führt Hessler dieselben Grundsätze bei seinem Vortrage annähernd aus und kommt zu dem gleichen Schlusse.)

Digitized by Google

Achselgegendschwellung musste ebenfalls eröffnet werden, hier handelte es sich jedoch lediglich um eine vereiterte Lymphdrüse. Das Infiltrat neben der Deltamuskelgegend verschwand von selbst, behielt aber noch geraume Zeit eine derbe Resistenz und verursachte über einen Monat lang ziemlich anhaltende Schmerzen im Oberarm. — Heilung in der elften Woche; das Ohr war nach der Operation schon in der siebenten Woche völlig geheilt geblieben.

Discussion:

Brieger (Breslau) meint, in den Fällen Haug's hätte es sich um metastatische Muskelabscesse gehandelt, wie sie bei Pyämie nicht selten sind; verwechseln könnte man dieselben mit den Fällen von sogenannter Dermatomyositis septica. Dieser Process ist wohl ätiologisch ähnlich der Pyämie, doch pflegt es hier zu keiner wirklichen Abscedirung im Muskel zu kommen, wie dies B. in einem einschlägigen Falle beobachten konnte.

7) Haug: Ueber Bildung hämorrhagischen Exsudates in der Paukenhöhle und im äusseren Gehörgang in Folge einer Pulpitis eines oberen Molarzahnes. (Autoreferat.)

H. berichtet über einen Fall, in welchem ein 36jähriger Mann plötzlich heftige Zahnschmerzen, deutlich ausgesprochen in den hinteren oberen Molaren, bekommt. Nachdem die Dentalgie etwa acht Stunden mit derselben Heftigkeit fortgedauert hatte, bemerkt Pat. einen ganz schnell eintretenden dumpfen Druck im Ohre, begleitet von einem ziehenden Schmerzgefühl; ebenso war auch die Hörfähigkeit gemindert. Irgend welche Irritation durch den Gehörgang hat nicht stattgefunden, da nichts eingeträufelt oder hineingesteckt wurde; ebenso war auch der Nasenrachenraum intact und liess sich auch keinerlei acute oder chronische Allgemeinerkrankung nachweisen.

Bei der Untersuchung des linken Ohres fand H. eine bohnengrosse typische Blutblase an der unteren vorderen Gehörgangswand; das Trommelfell war leicht geröthet, in der ganzen hinteren Hälfte vorgewölbt und bläulich-roth verfärbt. Die im Ohre bestandenen Schmerzen waren keine wesentlichen; die Hörweite für Flüstersprache auf 0,5 Mtr. herabgesetzt, die Stimmgabeln lateralisiren nach links bei verlängerter Knochenleitung. — Das rechte Ohr war functionell und otoscopisch vollkommen normal.

Die Untersuchung der Zähne ergab den linken oberen vorletzten Molar stark cariös und bei der Besichtigung mittelst Zahnspiegels ausgefüllt von einer dunkelblauen Blutblase. Die leiseste Berührung mit der Sonde, das leiseste Anblasen der Höhlung verursachte den heftigsten Schmerzparoxysmus; es lag hier offenbar eine Pulpitis mit Blutblasenbildung vor.

Therapie: Extraction des Zahnes und einfache Occlusion des Ohres bei Vermeidung jeder Luftverdichtung; innerhalb 9 Tagen bildete sich der Process zurück, am 16. Tage Restitutio ad integrum.

Den Fall hält H. für interessant, weil aus demselben, bei thatsächlichem Fehlen jeder anderen eventuell ätiologisch wirksamen Ursache, hervorgeht, dass ein primär entzündlicher Process an den Zähnen unter Umständen eine acute Ohrreizung, mit nachfolgender

Digitized by Google

Exsudatbildung hämorrhagischer Natur in der Trommelhöhle und gleichzeitig im Gehörgange hervorzurufen im Stande ist.

8) Kayser (Breslau): Zur Pathologie und Therapie der objectiven Ohrgeräusche.

Die objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräusche sind Gefäss- oder Muskelgeräusche; letztere sind entweder entotisch oder tubaren Ursprungs. Bei den entotischen wird der durch die Muskelcontraction erzeugte Muskelton als tiefer, dumpfer Ton, ähnlich dem ersten Herzton, gehört. Bei den tubaren Geräuschen werden durch den Tensor veli palatini Bedingungen zur Entstehung oder Wahrnehmung eines Geräusches gegegeben. Die tonische Contraction des Tensor veli palati erzeugt die sog. Autophonie, welche auch durch Nebencontraction oder Inanitionsatrophie der Tubenwände entstehen kann; es wird hierbei das im Nasenrachenraume bei der Athmung oder beim Sprechen entstehende Geräusch durch die offene Tube dem Ohr zugeleitet und subjectiv oder objectiv als Brausen empfunden. Ein einfaches Mittel, wenigstens symptomatisch, dagegen besteht darin, mittelst Catheters die Tubenöffnung dick mit Vaselin zu bestreichen und dadurch für längere Zeit zu verschliessen. — Clonische Zuckungen des Tensor veli palati erzeugen ein eigenthümliches Knacken oder Knipsen. Die Tubarcrepitation, welche durch Auseinanderreissen der feuchten Tubenwände hervorgebracht (Politzer, Luschka), nach dem Ohre fortgeleitet, wird scheinbar dort entstehend empfunden; zuweilen sieht man zugleich Bewegungen des Gaumensegels, der Pharynxmusculaturfalten und des Tensor tympani. Die Erkrankung gehört, wie der Tic convulsiv, speciell der Blepharospasmus, in das Gebiet der localisirten Muskelkrämpfe, mit nahen Beziehungen zur Chorea und zur Hysterie. Therapeutisch kommen die mannigfaltigen, bei diesen nervösen Erkrankungen angewendeten Mittel in Betracht. Zuweilen erweist sich Druck auf das Gaumensegel, auf den Proc. mast., auf den Vagus u. dgl. wirksam. Symptomatisch aber sicher wirkend erweist sich die von K. in drei Fällen angewendete mechanische Methode: durch den Catheter in die Tube eine die Wände derselben auseinanderhaltende Sonde einzuführen. Die Sonde muss durch die ganze knorpelige Tube geschoben werden, weil sich der Tensor veli palati längs des ganzen lateralen Tubenknorpels ansetzt. Die Tubarcrepitation sistirt dann sofort, auch wenn der Muskel noch weiter agirt; manchmal ist dieses Verfahren von dauerndem Erfolg, manchmal bedarf es noch psychischer Behandluug. Insbesondere ist es wichtig, dass die Kranken ihre auch willkürlich zu unterdrückenden Bewegungen des Gaumensegels im Spiegel sehen und sie zu unterdrücken lernen.

Discussion:

Zaufal (Prag) bemerkt, dass ein ähnliches Geräusch wie beim Abziehen der lateralen Tubenwand von der medialen, auch durch Abziehen der medialen von der lateralen und durch Ankleben der medialen Tubenplatte an die hintere Wand der Rosenmüller'schen Grube und Zurücksinken der medialen Tubenplatte in die Ruhelage mit dem Sinken des weichen Gaumens bei der Phonation und beim Schlingen entstehen kann.

Seit Jahren zieht Z. bei Autophonie und allen Erscheinungen, die

Digitized by Google

auf krampfartige Zustände der Gaumenmusculatur zurückzuführen sind, die Massage des intrapharyngealen Tubentheils, die des Ostium und der medialen Tubenplatte, in Verbindung mit der Dehnung der Tubengaumenmusculatur mit dem Finger, mit Erfolg in Anwendung Der in die Rosenmüller'sche Grube eingeführte und mit einem Kautschukfinger versehene Finger drückt und streckt abwechselnd die mediale Tubenplatte, wird dann in's Tubenostium eingeführt und drückt den Boden des Tubenostium und die laterale Wand nach unten und vorne; schliesslich wird der angrenzende Theil des weichen Gaumens mit dem hakenförmig gebogenen Finger nach unten gezogen.

Sollten alle Mittel erfolglos sein, so wäre die von Z. schon früher vorgeschlagene Tenotomie des Musc. salpingo-pharyngeus knapp an seiner Ansatzstelle, an der unteren Ecke der Tubenplatte, wieder aufzunehmen.

Brieger (Breslau) meint, dass die durch Contraction des Tensor tympani ausgelösten entotischen Geräusche keine Muskeltöne sind, da ihre Intensität dagegen spricht; es ist ja möglich, dass eine einheitliche Ursache vorliegt, welche die Tube eröffnet und ihre Wände von einander abhebt. — In einem Falle B's wurden die hörbaren Geräusche vom Musc. salpingo-pharyngeus ausgelöst.

Kayser erinnert in der Erwiderung auf den verschiedenen acustischen Character der verschiedenen Muskelgeräusche, welche man eben beachten muss.

Barth (Marburg) meint, bei Contraction des Tensor tympani werden die Trommelfellschwingungen und nicht der Muskelton gehört. — Für eine häufige Ursache zum Offenstehen der Tube und zu der durch dasselbe verursachten Autophonie hält B. die Catarrhe. Durch Catarrhe können nämlich auch die unter der Schleimhaut gelegenen tieferen Gewebe der Tube entzündlich infiltrirt werden, und entsprechend den physikalischen Gesetzen der Druckwirkung wird der Spalt ein, wenn auch verengertes, jedoch offen stehendes Rohr. B. glaubt deshalb, dass man in solchen Fällen zuvörderst den Catarrh zu behandeln hat.

Kretschmann (Magdeburg) erinnert an die hörbaren Geräusche, welche man beim Bougiren, sowohl beim Einführen als auch beim Herausziehen der Bougie aus dem Isthmus, hören kann; dieselben scheinen bedingt zu sein durch Schwankungen in den Druckverhältnissen der Paukenhöhlenluft.

Beckmann (Berlin) äussert sich gegen die von Zaufal empfohlene Tenotomie des Musc. salpingo-pharyngeus.

II. Sitzung Sonnabend, den 1. Juni, Nachmittags.
Vorsitzender: Prof. Walb (Bonn).

9) Kretschmann (Magdeburg): Theilweise Plastik der Ohrmuschel.

Die Plastik wurde angewendet bei einem 18jährigen jungen Manne, dessen Ohrmuschel der Sitz eines ausgebreiteten lupösen Processes war, welcher den verschiedensten therapeutischen Eingriffen Trotz geboten hatte. Es wurde die Haut der vorderen Fläche der Ohrmuschel, mit Ausnahme der Concha, und die der ganzen Rückseite, und von der

Digitized by Google

Retroauriculargegend eine Parthie von 2 Ctm. Breite von dem Knorpel bezugsweise Knochen abpräparirt und verdächtig erschienene Stellen des Knorpels excidirt. Zur Deckung wurde ein Lappen aus der Haut des Halses genommen, dessen Wurzel in der Gegend des aufsteigenden Unterkieferastes, unterhalb des erst geschaffenen Defectes gelegen war und dieser sorgfältig mit den Defecträndern durch Nähte vereinigt.

Die Halswunde liess sich linear schliessen. Die Heilung verlief glatt. Die Form der Concavität der Ohrmuschel trat klar zu Tage. Leider verstrich der Winkel, in dem die Muschel vom Kopf abstand, nach ungefähr drei Monaten allmählig. In der Halsnarbe entwickelte sich ein Keloid. Ein Recidiv von Lupus — es sind jetzt $1^1/_2$ Jahre verstrichen — ist nicht wieder aufgetreten.

Lappen aus der Halshaut verwendet K. auch bei retroauriculärer Plastik, zur Bekleidung der unteren Wand des geschaffenen Knochentrichters, und fixirt sie dort mit Stahlzwecken, welche mit einem eigens dazu construirten Instrument in dem Knochen befestigt werden. Eine derartige Fixation ist natürlich nur an der unteren Wand des Knochentrichters statthaft, weil daselbst eine Verletzung edler Organe ausgeschlossen ist.

10) Anton (Prag): Beiträge zur Kenntniss des Jacobson'schen Organes des Erwachsenen. (Autoreferat.)

A.'s Untersuchungen erstreckten sich auf sieben Fälle, und zwar drei Männer im Alter von 35, 44 und 61 Jahren, und vier Weiber im Alter von 23, 50, 55 und 64 Jahren.

Bei drei Fällen war das Jacobson'sche Organ nicht aufzufinden. Obgleich man nun a priori daran denken könnte, dass die so häufig an der Nasenschleimhaut auftretenden Catarrhe eine Verödung des Organes herbeiführen könnten, so kann sich A. dieser Ansicht nicht anschliessen, sondern glaubt vielmehr mit Merkel, dass in den negativen Fällen das Organ überhaupt nicht zur Ausbildung gelangt war. Als Stütze dieser Ansicht hebt A. das Nichtvorkommen oder nur einseitige Vorhandensein des Jacobson'schen Organes bei Neugeborenen und Embryonen, wie dies Merkel und auch A. in je zwei Fällen constatiren konnten, ferner auch das Vorkommen des Organes in stark atrophischer Schleimhaut hervor, wie dies der eine untersuchte Fall zeigte.

Die Form des Jacobson'schen Organes bestand stets aus einer offenen Rinne und einem geschlossenen Canal. Die offene Rinne war entweder breit, muldenförmig, und vertiefte sich nur allmählig, oder sie war schlitz- oder spaltförmig und schloss sich sehr bald. Diese letzteren Verhältnisse lassen es erklärlich erscheinen, weshalb die Mündung der Jacobson'schen Organe beim Erwachsenen macroscopisch selten gesehen werden kann. Der Canal, dessen Querschnitt in den engeren Theilen kreisförmig, in den weiteren längsoval war, bestand bei dem vollständig ausgebildeten Organe aus einer grossen Erweiterung und mehreren kleinen Ausbuchtungen, deren Aneinandergliederung in unregelmässiger Weise durch kürzere oder längere verengte Parthien vermittelt wurde. Die durchschnittliche Länge der offenen Rinne betrug im Mittel 0,46 Mm., die durchschnittliche Länge des Canals 4,19 Mm., das längste Jacobson'sche Organ maass 8,43 Mm., das kürzeste 2,28 Mm.

Digitized by Google

Der Verlauf des Canals war immer von vorne unten nach rückwärts oben allmählig ansteigend.

Bezüglich des Epithels konnte A. die Angaben Kölliker's bei Embryonen und Merkel's bei Erwachsenen in allen seinen Fällen bestätigen. Es war jedoch der Uebergang des Epithels, sowohl was den Ort, als auch die Art und Weise des Ueberganges betrifft, nicht ganz regelmässig. So kam es vor, dass das Epithel der Rinne sich unverändert bis in den geschlossenen Canal fortsetzte, dann zuerst in der ganzen Peripherie niedriger wurde, und nach dieser Uebergangsstufe im Inneren des Canals die Differenzirung zwischen medialem und lateralem Epithel begann, oder der Uebergang des Epithels der Rinne in das mediale höhere und das laterale niedrige Epithel geschah unvermittelt, und fand dann noch vor Schluss der Rinne oder sofort nach Schluss derselben statt.

Die einmündenden Drüsen zeigten den Bau der acinösen Schleimdrüsen. Die Einmündung war entweder derartig, dass sie im Anfangstheile gleichmässig von allen Seiten her in das Organ einmündeten, während im Endtheile nur die obere und untere Wand Drüsenmündungen zeigte, oder ihre Mündungen waren überhaupt nur auf die obere und untere Wand beschränkt.

Von sonstigen Befunden wäre noch hervorzuheben das regelmässige Vorkommen einer Basalmembran, die in einer Stärke von 0,008 Mm. entweder das ganze Organ umzog, oder nur an einer Seite deutlich ausgesprochen war.

Eine kapselartige Vordickung des das Organ umgebenden Schleimhautgewebes fand sich zwei Mal, und zwar an der lateralen Seite.

Erwähnenswerth ist das spärliche Vorkommen von Kalkconcrementen; sie waren rundlich oder nierenförmig, und lagen mitten im Epithel, sowohl an der medialen als lateralen Wand.

11) Hessler (Halle a. S.): Die Behandlung der acuten Mittelohr- und Warzenfortsatzeiterungen.

Nach den neuesten Lehrbüchern der Ohrenheilkunde wird der Eiter aus Ohr und Warzenfortsatz mechanisch entfernt und desinficirend auf die secernirende Schleimhautfläche eingewirkt. Für die Eiterung im Mittelohr ist nur eine genügend grosse Eröffnung des Trommelfells durch die Paracentese nöthig. Ohrausspülungen entfernen Eiter nicht; Gaze- oder Watteeinlagen verhindern den Abfluss. Am besten ist, das Ohr unverschlossen zu lassen und nach Bedarf mit leichter gewickelten Gaze- oder Watteträgern auszutupfen. Blasen mit dem Ballon, behufs Eiterentleerung aus dem Mittelohr, ist bei genügender Trommelfellöffnung überflüssig, und schädlich bei Rachencatarrhen, adenoiden Vegetationen etc., wegen der Gefahr, Mittelohr und Warzenfortsatz mit fortgeblasener Secretmasse zu inficiren. Rathsam ist die Rachenaffection zu behandeln und das Ohr sich selbst zu überlassen; dasselbe heilt gewöhnlich ganz von selbst aus, mit normalem Gehör. Borsäurepulver ist unnöthig, und nicht ungefährlich auch bei grosser Trommelfellperforation. Eine Selbstinfection des Mittelohres vom Gehörgange aus kommt nur arteficiell zu Stande, wenn beim Ohrausspritzen die Microorganismen des Gehörganges in die Pauke hineingedrückt werden. Die Luftdouche wird nicht zu curativen Zwecken, sondern nur zu diagnostischen verwendet, ob die

Digitized by Google

Trommelfellöffnung noch genügend weit ist. Tritt Eiter nach derselben aus der Oeffnung heraus, besteht Eiterverhaltung und muss die Paracentese gemacht werden.

Bei der Eiterung im Warzenfortsatz, besonders in jenen Fällen, in denen man spurweise die circumscripte Entzündung im Knochen verfolgen kann, ist allein die Aufmeisselung indicirt. Warme Priessnitz'sche Umschläge werden nur bei einfachen Mittelohr-Warzenfortsatzcatarrhen angewendet; bei Eiterungen nur im Anfang Eisbeutel auf den Warzenfortsatz; Jodanstrich verdirbt das locale Bild der Entzündung und ist seit zehn Jahren nicht mehr angewendet. Die Hauptsache ist auch hier bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, den künstlichen Knochenfistelgang ca. 5—8 Mm. anzulegen, d. h. genügend weit, dass eine Selbstdrainirung der Warzenfortsatz-Mittelohrhöhlen stattfinden kann. In den Gang selbst darf keine Gaze eingelegt werden, dieselbe erleichtert die Drainage nicht, sie verhindert nur den freien Eiterabfluss. Antiseptische Aus- und Durchspülungen sind überflüssig und schädlich, da sie zur Secretion anregen. Am besten ist lose Tamponade mit sterilisirter Gaze; Sublimatgaze macht grauen Wundbelag und hindert die Granulirung. Mit Nachlass der entzündlichen Schwellung in Tuba und Ohr zieht die Luft beim Naseschnauben frei durch die Knochenfistel durch, ohne dass Eiter durchtritt. Patient darf erst am dritten fieberfreien Tage das Bett verlassen, und bei vorhergegangenen pyämischen Temperaturschwankungen muss erst der Puls wieder ganz normal geworden sein. Die Behandlung ist eine rein aseptische, wesentlich vereinfachte, und dabei in den Resultaten vollkommen zufriedenstellend.

Discussion:

Panse (Dresden) meint, man soll den Patienten keine Manipulationen überlassen, weil sie nicht aseptisch vorgehen; er legt einen Jodoformgazestreifen in den Gehörgang und lässt das Secret in einen Verband laufen, welchen er nach Nothwendigkeit selbst wechselt.

Barth (Marburg) hält Hessler's Ankämpfungen für irrige, denn die erwähnte Behandlungsweise weicht kaum wesentlich von der jetzt meist üblichen ab.

Stacke (Erfurt) erwähnt, seit fünf Jahren immer vollkommen aseptisch zu verfahren. Bei acuten Eiterungen vermeidet St. nicht nur das Spritzen, sondern auch das forcirte Austupfen; bei profuser Secretion wird der Gazetampon fleissig gewechselt. Nach der Aufmeisselung legt St. grosses Gewicht auf die Tamponade, durch welche das Secret nach aussen geleitet wird. Nach der Hessler'schen Methode verengt sich die Wunde aussen und der Ueberblick in die Tiefe ist erschwert. Ist in der Tiefe Alles in Ordnung, schliesst sich die äussere Wunde nach Weglassung des Tampons sehr schnell.

Leutert (Halle a. S.) erwähnt, dass in der Schwartze'schen Klinik bei acuten Mittelohreiterungen keine Durchspülungen gemacht werden. Für einen principiellen Fehler jedoch hält L., bei acuten Mittelohreiterungen den Gehörgang offen zu lassen. Man soll behufs der Vermeidung einer Secundärinfection Mund, Nase und Nasenrachenraum rein halten, den Luftzutritt im äusseren Gehörgange kann man durch ein Gazebäuschchen rein halten, da letzteres zugleich als Filter dient.

Digitized by Google

Brieger (Breslau) betont die Schädlichkeit der von Hessler angegebenen Methode, wenn man nämlich die Wunde früher schliessen lässt, ohne der Heilung in der Tiefe sicher zu sein.

Hartmann (Berlin) erwähnt, bei acuten Entzündungen die Luftdouche seit dem seinerzeitigen Vorschlage Lucae's, nicht mehr auszuführen. Bei der Aufmeisselung geht H. aseptisch vor, die septischen Wunden werden möglichst offen behandelt. Die Heilung kann durch lange fortgesetzte Tamponade verlangsamt werden.

Noltenius (Bremen) erwähnt, nach der Aufmeisselung die Knochenwunde von innen nach aussen heilen zu lassen; am besten eignet sich hierfür die Tamponade resp. Bleidrain.

Reinhard (Duisburg) betont, schon bei der letzten Naturforscherversammlung in Wien die Schädlichkeit der Durchspülungen bei acuter Mittelohreiterung erwähnt zu haben.

Walb (Bonn) erwähnt, dass die Schädlichkeit der Luftdouche bei acuten Mittelohreiterungen schon vor sechs Jahren in der Heidelberger Naturforscherversammlung mehrerseits betont wurde.

Hessler bemerkt in seinem Schlussworte, dass die angeführte Behandlungsweise sich nicht auf die acute Mittelohreiterung mitbeziehe, sondern die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bei acutem Empyem desselben betreffe.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber die Anwendung des Vaselinum liquidum bei der Behandlung einiger Mittelohraffectionen. Von Dr. Ferdinand Alt, Demonstrator an der Klinik Gruber in Wien. (Centralblatt für die gesammte Therapie 1895, Heft VI.)

Im Auftrage seines klinischen Vorstandes hat A. das von Delstanche (Brüssel) zur Injection in die Tube bezw. in die Trommelhöhle empfohlene Vaselin. liquidum bei 250 Kranken in systematischer Weise angewendet und hierbei folgende Erfahrungen gesammelt.

Das Vaselinum liquidum sterilisatum ist absolut unschädlich, nie hatte man Gelegenheit, Reizungserscheinungen zu beobachten, die Kranken liessen sich sehr gerne mit diesem Mittel behandeln.

Bei chronischen, veralteten Catarrhen des Mittelohres (catarrhalischer Adhaesivprocess) mit positivem Rinne'schem Versuchen erwies sich das Mittel als sehr zweckmässig und viel empfehlenswerther als der einfache Catheterismus mit Lufteintreibung. Nahezu in allen Fällen von chronischem Catarrh war unter der Vaselintherapie eine objectiv nachweisbare, beträchtliche Verbesserung der Hörschärfe zu constatiren, auch bei Patienten, die vorher durch einige Monate den Catheterismus der Tube mit Lufteintreibung an sich vornehmen liessen, ohne dass eine nennenswerthe Verbesserung der Hörschärfe eingetreten wäre. Uebereinstimmend gaben die meisten Kranken an, dass quälende subjective Beschwerden (Ohrensausen, zuweilen auch Schwindel) unter der Vaselintherapie sich wesentlich besserten, mitunter auch ganz zurückgingen.

Digitized by Google

Bei Otitis media plastica (Sclerose) waren nur in vereinzelten Fällen sehr geringe, objectiv nachweisbare Erfolge zu verzeichnen.

Bei exsudativen Catarrhen des Mittelohres leistet die Paracentese mit nachfolgender Lufteintreibung so Vorzügliches, dass es wohl schwerlich der Vaselintherapie gelingen dürfte, einen vollständigen Ersatz für die allerdings in vereinzelten Fällen gefährliche Paracentese darzubieten.

Bei der Otitis media acuta scheint die Vaselinbehandlung nicht indicirt zu sein. Autoreferat.

Ueber die Trepanation des Warzenfortsatzes. Von P. T. Sklifosowsky. Separatabdruck aus Bibliothek des Arztes, 1895, No. 1. (Russisch.)

Verf. beschreibt 25 im Moskauer Militärhospital in den Jahren 1893 und 1894 ausgeführte Trepanationen. 17 genasen, 8 starben, davon 5 an Meningitis und Sinusthrombose, 2 an Pyämie, 1 an Pleuropneumonie. Die Otitis war in 17 Fällen eine acute, in 6 subacut, in 2 chronisch. Die Aetiologie blieb meistens unbekannt; in 4 Fällen war ein Faustschlag auf das Ohr notirt, in 2 Fällen Influenza. Die hohe Mortalität (32 pCt.) erklärt sich dadurch, dass in Fällen bei schon ausgeprägter Meningitis, in einem bei bestehender Pyämie operirt wurde, ein vierter Pat. starb an Pleuropneumonie. Indication zur Operation war Osteomyelitis tuberculosa (1 Fall), Mastoiditis acuta (9), Caries proc. mast. (9) ex otitide media purul. chron., heftige Kopfschmerzen und Schmerzen im Warzenfortsatz mit Fieber bei erfolgloser nichtoperativer Behandlung (2) und, als ultimum refugium, bei Pyämie (1) und Meningitis (3).

Zur Diagnose der Erkrankung des proc. mast. benutzte S. folgende Methode. Pat. sitzt mit gesenktem Kopf, den Rücken dem Arzte zukehrend. Es wird nun mit Hammer oder Finger beiderseits der Warzenfortsatz bald leiser, bald stärker percutirt. Dabei ist der Ton der erkrankten Seite meist gedämpft. Bei der Operation kamen folgende unglückliche Zufälle vor: Entblössung der Dura 1 Mal (Tod), Parese des linken Facialis 1 (Tod), Eröffnung der mittleren Schädelgrube 2 (Genesung), Entblössung des Sinus 1 (Genesung), Eröffnung des Sinus 1 (Genesung). Zum Schluss stellt S. einige Sätze auf, die nichts Neues bieten und von denen nur das Postulat erwähnt sei, die Mastoidoperation müsse von jedem Arzte, gleich der Tracheo- und Herniotomie, ausgeführt werden. Gorodecki.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Aus der Gesellschaft russischer Aerzte an der kaiserlich Warschauer Universität. Sitzung vom 25. Februar 1895. (Russkaja Medicina No. 10, 1895.)

Prof. Tauber demonstrirt einen Pat. nach Entfernung eines Tonsillartumors. Pat., 50 Jahre alt, bemerkte seit Langem einen Tumor der rechten Tonsille. Wiederholte Excisionen per os beschleunigten dessen Wachsthum. T. fand einen den ganzen hinteren Theil des Rachens ausfüllenden Tumor. Ein zweiter, dreimal so grosser Tumor in der rechten Regio carotidea. Operation nach Czerny mit Durchsägung des Unterkiefers, provisorischer Carotisligatur und Unterbindung der

Digitized by Google

Arteria lingual. dextra. Glatte Heilung. Der exstirpirte Tumor erwies sich als Sarcom.

Dr. K. F. Orzel: Zur Chirurgie des Ohres. Eine neue Methode der Arthrotomie und Attico-Arthrotomie, die von O. und Dr. R. Jassinski ausgearbeitet ist. Die Arthrotomie wird so ausgeführt, dass nach dem Hautschnitt 1 Ctm. hinter der Ohrmuschel das Periost gegen den Gehörgang zurückgeschoben wird. Eröffnung des Knochens mittelst Collinschen Perforateurs mit 1 Ctm. im Durchmesser haltender Krone. Wann dieselbe bis zum Antrum vorgedrungen ist, lässt sich durch die Verminderung der Resistenz bestimmen. Die Attico-Arthrotomie wird folgender Weise ausgeführt: Ablösung des Gehörganges wie bei der Stackeschen Operation. Eröffnung des Atticus mittelst Collin'schen Perforateurs mit 1 Ctm. breiter Krone, aber ohne Stachel. Der Perforateur wird in den äussern Gehörgang perpendiculär zur Pfeilnaht eingesetzt. In Folge der schiefen Richtung des Gehörganges wird hauptsächlich die hintere obere Wand perforirt. Nach der Perforation wird die Krone des Perforateurs ein zweites Mal so auf die Aussenfläche der Proc. mast. aufgesetzt, dass ein Viertel derselben in's Bereich der ersten Perforation fällt. Fixation der Krone mittelst eines Drahtringes mit aus demselben Draht gedrehten Handhaben. Gorodecki.

Ueber die Natur der Basedow'schen Krankheit. (De la nature de la maladie de Basedow.) Von Dr. P. Marie. (Bulletin de la société médicale des hôpitaux, Februar 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Die Symptome entstehen durch die sogenannte Hyperthyroiditis, d. h. durch die Hypertrophie der Glandula thyroidea; daher die Idee, die Drüsen zu entfernen. Verf. hat diesen Einfluss der Hypertrophie auf den Verlauf der Krankheit nachgewiesen und erklärt dabei die Unwirksamkeit der Zufuhr von Thyroidextract. Dr. P. K.

Morbus Basedowi bei einem 12jährigen Mädchen. (Goître exophtalmique chez une fillette de douze ans.) Von Dr. Kronthal. (Bull. médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Seltene Fälle, von denen Verf. nur 25, meist aus der deutschen Literatur, sammeln konnte. Bei Kindern ist die Prognose gut, das weibliche Geschlecht ist vorwiegend afficirt; die Mutter des betreffenden Kindes wurde mit derselben Krankheit behaftet, welches Factum mit der von den Autoren längst constatirten Erblichkeit übereinstimmt.
Dr. P. K.

Allgemeine Psoriasis durch Thyroidin geheilt. (Psoriasis généralisé guéri par la thyroidine.) Von Dr. A. Wilson. (Société clinique de Londres, séance du 8 Février 1895 und Semaine médicale No. 10, 1895.)

Die Psoriasis hatte sogar die Kopfhaut ergriffen und die Haare waren ausgefallen. In drei Monaten Zeit war die Psoriasis mittelst Thyroidin, welches drei Mal täglich in der Dosis von einem Gramm gegeben wurde, geheilt. Die Haut wurde normal und die Haare stossen von Neuem. Dr. P. K.

Digitized by Google

Speichelstein. (Lancet, 16. Januar 1895.)

In der Plymouth medical society zeigte Brenton einen Speichelstein von der Grösse einer Erbse, den er aus dem Ausführungsgang der linken sublingualen Drüse entfernt hatte. M. Schm.

Ueber das Fortbestehen des Löffler'schen Bacillus bei von Diphtheritis geheilten Kindern. (Sur la persistance du bacille de Loeffler chez les enfants guéris de la diphtérie.) Von Dr. Netter. (Société médicale des hôpitaux, séance du 15 Février 1895 und Semaine médicale No. 10, 1895.)

Es ist allgemein bekannt, dass Leute, welche kein Symptom von Diphtheritis zeigen, im Nasenrachenraum noch Löffler'sche Bacillen haben können. Im Spital von Aubervillers entstand eine Diphtheritisepidemie durch ein krankes Kind, welches aus den Enfants malades von Paris ohne Symptome von Diphtheritis gekommen war. Verf. erzählt zwei neue Beispiele von Fortbestehen der Bacillen bei geheilter Angina: Ein seit sieben Monaten geheilter Patient zeigte noch Bacillen im Nasenrachenraum; er steckte drei gesunde Menschen mit Diphtheritis an, wovon einer starb; es unterliegt also keinem Zweifel, dass der Bacillus seine Giftigkeit nicht eingebüsst hatte; in dem zweiten Falle konnte nach einer leichten geheilten Angina noch nach zwei Wochen der Bacillus im Munde nachgewiesen werden. Diese Fälle beweisen auf's Neue, dass von Diphtheritis geheilte Patienten so lange isolirt bleiben müssen, bis die bacteriologische Untersuchung keine Bacillen mehr ergiebt.

Dr. P. K.

Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus. Von Dr. H. Suchannek, Privatdocenten in Zürich. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten, herausgegeben von Dr. Maximilian Bresgen in Frankfurt a. M. Heft I.)

Die häufigste und am leichtesten controllirbare Eingangspforte für das Contagium animatum befindet sich an den Gaumentonsillen und an den benachbarten Gegenden der Zungenmandel. Hodenpyl hat die Behauptung aufgestellt, dass von den Gaumentonsillen keine Resorption gelöster oder corpusculärer Elemente erfolge. S. sah, dass Cocainisirung der Mandeln prompt möglich war und dass organische oder corpusculäre Elemente, speciell Bacterien, von den Gaumentonsillen leicht und sicher aufgenommen wurden, auch wenn keine Zerstörung des Epithels vorhanden war. Bei jeder Schlingbewegung wird der Inhalt des Mundsecretes innig mit der Mandeloberfläche in Berührung gebracht und differente Stoffe werden durch den bei jedem Schlingacte auftretenden negativen Druck förmlich in die Crypten angesogen. In den Crypten kann das Wachsthum der Bacterien ebenso gut, wie im Brutschranke von Statten gehen. Hat eine Infection der Tonsillen, beispielsweise mit Streptococcen, stattgefunden, so dringen die Microben in die Tiefe, bilden als Colonien keilförmige Herde und gelangen durch Arrosion der Lymph- und Blutgefässe in die Circulation. Die entstehende Thrombophlebitis wird der Anlass zu Embolien und Metastasen in den verschiedensten Organen. Auch die Gelenke erkranken sehr häufig metastatisch. Die

Digitized by Google

Synovialis der Gelenke ist durch ihren histologischen Bau sehr befähigt zum Austausche flüssiger Stoffwechselproducte zwischen dem Gesammtorganismus und der Gelenkshöhle. Noch nicht sicher erwiesen ist, ob neben den embolischen Processen durch Microben auch secretorische Processe, die die Bacterien auf dem Wege der Lymphbahn in's Gelenk dringen lassen, eine Rolle spielen. Wahrscheinlich brauchen die Microben gar nicht in das Gelenk einzubrechen, es genügt ihre unmittelbare Nachbarschaft mit dem Gelenke zur Erzeugung von Exsudaten.

S. citirt nun eine grosse Reihe von Autoren, welche Beziehungen zwischen Angina und Arthritis acuta beobachtet haben, er selbst sah in Danzig unter dem Proletariat den besprochenen Zusammenhang häufig.

Eine Erkältung hat nur die Rolle der Vermittlerin bei der Entstehung der Angina, die auf der hyperämischen Schleimhaut ein leichteres Haften der Microben ermöglicht. Als solche werden für die Angina von Autoren angegeben: Staphylococcen, Streptococcen, Pneumococcen und der Löffler'sche Bacillus. Auch die phlegmonöse Angina kann durch pyogene Bacterien erzeugt werden.

Beim acuten Gelenkrheumatismus züchtete man aus dem Gelenksinhalt: Staphylococcen, Streptococcen, Pneumococcus Fränkel und Leyden's Diplococcus tenuis.

Der acute multiple Gelenkrheumatismus ist ein infectiöses, ätiologisch nicht conformes Leiden, das in der Form einer abgeschwächten Pyämie verlaufen kann. Die Infection setzt in einer grossen Reihe von Fällen am Waldeyer'schen Rachenringe, speciell an den Gaumentonsillen an.

Diese Einsicht legt dem practischen Arzte die Pflicht auf, bei seiner Clientel der Hygiene des Mundrachens alle Sorgfalt zu widmen.

Dr. Alt.

Arthritis deformans des Larynx. (Arthrite déformante du larynx.) Von Dr. Casselberry. (New-York medical Journal und Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Eine 58jähr. Frau zeigte die sehr behinderte Abduction der Stimmbänder mit ihren gefährlichen klinischen Symptomen. Als die Tracheotomie beschlossen war, kam plötzliche Besserung, so dass die Operation umgangen werden konnte. Das Laryngoscop zeigte aber noch immer Ankylose der Cricoarytenoidalgelenke, welche Ankylose beim tiefsten Inspirium nur den sechsten Theil der gewöhnlichen erweiterten Glottis erlaubte; dieser Zustand blieb chronisch, es zeigte sich von Zeit zu Zeit eine acute Verschlimmerung, welche dann wieder verschwand, um in den früheren chronischen pathologischen Zustand wieder zurückzukehren.

Dr. P. K.

Intubation bei subglottischem Oedem. (De l'intubation dans l'oedème sousglottique.) Von Dr. Chiari. (Société impérioroyale des médecins de Vienne und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Bei einer 46jährigen Frau bestand Larynxstenose wegen Catarrh unterhalb der Stimmbänder; bei gefahrdrohender Dyspnoe führte Verf. Anfangs No. 4, dann No. 6 der O'Dwyer'schen Röhren ein, welche halfen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Epiglottiscyste. (Cas de kyste de l'épiglotte.) Von Dr. Ch. Knight. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Patient wurde auf Larynxcarcinom behandelt. Es war eine Epiglottiscyste, welche am linken Rande aufsass und den Larynxeingang bedeckte. Keine Schlingbeschwerden, kein Schmerz, keine Dyspnoe. Entfernung mittelst der kalten Schlinge nach vorheriger Cocainisirung. Heilung in zwei Wochen. Dr. P. K.

Zwei weitere Fälle von Kehlkopflepra. Von Dr. P. Bergengrün in Riga. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 250, 1894.)

Den neun im I. Hefte des II. Bandes vom Arch. f. Laryngol. etc. beschriebenen Fällen reiht B. zwei weitere an, welche neuerdings im Riga'schen Leprosorium zur Section gelangten. Sie bieten im Allgemeinen ähnliche Verhältnisse dar, wie die früher mitgetheilten. Im ersten Falle ist das Verhalten der Chordae vocales spuriae und verae besonders bemerkenswerth, während im zweiten die Epiglottis das wesentlichste Interesse in Anspruch nimmt. Beschorner.

Bemerkung zu einem Falle von tabetischer Kehlkopflähmung. (Note sur un cas de paralysie laryngée tabétique.) Von Dr. Mendel. (Arch. internat. de Laryngol. etc, Bd. VIII, No. 1, Jan./Febr. 1895.)

Einschlägiger Fall, einen 44jährigen Bildhauer betreffend, welcher M. zu folgenden Schlüssen führt: 1) Die tabetische Lähmung kann zurückgehen; 2) wie die Augenlähmung bei Tabes, kann die Larynxlähmung ihre Natur wechseln, d. h. die Störung kann von einem Nervenast auf einen anderen übergehen. Beschorner.

Fremdkörper (Hammelknochen) im Larynx; Tracheotomie. (Corps étranger (os de mouton) implanté dans le larynx; trachéotomie.) Von Dr. Bouan. (Lyon médical und Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Ein 13jähriges Kind bekam beim Essen von Hammelfleisch einen Knochen in den Larynx, welcher Knochen senkrecht zu stehen kam, dem linken Stimmbande zugewandt. Entfernung des Fremdkörpers durch Tracheotomie. Referent erinnert dabei an seine bei einer ganz ähnlichen Gelegenheit ausgesprochene Behauptung, dass von allen Larynxfremdkörpern die Knochen die häufigsten bilden und dass von allen diesen Knochen die Hammelknochen merkwürdiger Weise wieder die häufigsten sind. Dr. P. K.

Sieben Fälle von günstig verlaufener resp. geheilter Kehlkopfschwindsucht. Von Dr. P. Bergengrün in Riga. (Arch. für Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 153, 1894.)

Bei Kräftigung der Körperconstitution und des Allgemeinzustandes, sowie Ruhigstellung des leidenden Organes durch andauerndes und gewissenhaftes Schweigen von Seite des Patienten, Momenten, welche als allgemein grundlegende Bedingungen für einen günstigen Verlauf der

Digitized by Google

Kehlkopfaffectionen der Phthisiker anzusehen sind, trat in genannten Fällen die hervorragende Leistungsfähigkeit der in geeigneter Weise local angewandten Milchsäure, des Jodoforms und des Jodols mit grosser Evidenz zu Tage. Beschorner.

Die Behandlung der Larynxtuberculose mit Creosot und submucösen Injectionen desselben Mittels. (The treatment of laryngeal tuberculosis by the application and submucous injection of creosote.) Von Dr. W. C. Chappell, New-York. (New-York Medical Journal, 30. März 1895.)

Ch. hat mehrere Fälle von Larynxtuberculose mit Creosot innerlich, mit Sprays und auch submucösen Injectionen mit gutem Erfolg behandelt. Er gebraucht Creosot in öligen Lösungen, für Spray eine, für Injectionen zwei Drachmen zur Unze, und hat für letztere eine durch eine Feder wirkende, automatische Spritze angegeben, mit welcher er $^1/_2$—1 Tropfen der Lösung einspritzt.

Die ausführlich gegebenen sieben Krankengeschichten weisen alle beträchtliche Besserung der objectiven und subjectiven Symptome auf, doch ist die seit der Behandlung verflossene Zeit zu kurz, um ein positives Urtheil über das definitive Resultat zu erlauben. G—n.

Primäre Larynxtuberculose, durch Beischlaf entstanden. (Tuberculose laryngée primitive par cohabitation.) Von Dr. Cadier. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Auf 100 Fälle dieser Art gestützt, kommt Verf. zu folgendem Schluss: Das Leiden entsteht immer an den obersten Grenzen des Larynx (falsche Stimmbänder, obere Fläche der wahren Stimmbänder, Interarytenoidealraum) und bleibt sehr lange dort localisirt; während dieser Periode kann eine genaue laryngoscopische Untersuchung das Leiden erkennen und auch dann mit Erfolg local behandeln durch Inhalationen, Fumigationen, Cauterisationen. besonders Creosotvaselin (1 zu 20 zu 15 oder zu 10); je eher man behandelt, desto wahrscheinlicher ist der Erfolg.

Dr. P. K.

Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige. Von Dr. A. Sokolowski, Primararzt am Heil. Geist-Hospit. in Warschau. (Arch. für Laryngol. u. Rhinol., Bd. I, Heft 1, p. 81.)

Ausführliche Mittheilung eines seltenen Falles ungemein langsam (ca. 8 Jahre) fortschreitenden primären Kehlkopf-Adeno-Carcinoms bei einem in der Mitte der 60er Jahre stehenden Manne. Mehrfache Operation auf natürlichem Wege, schliesslich Laryngofission und Excision der Neubildung zugleich mit den Nachbartheilen. Heilung. Nach 6 Monaten kein Recidiv. Allgemeinzustand ziemlich gut. — Anfangs (d. h. 5 Jahre zuvor) war macroscopisch die Diagnose auf Fibrom gestellt worden. — S. betont die Nothwendigkeit peinlichster microscopischer Untersuchung aller excidirten Larynxneubildungen, selbst wenn dieselben klinisch alle Kennzeichen eines gutartigen Processes haben, und

Digitized by Google

glaubt, dass man sich auf diese Art manche spätere unangenehme Ueberraschungen erspart. Man würde dann auch öfter auf, dem vorstehenden analoge, Fälle stossen, und vielleicht auch häufiger die anscheinend so seltenen Adenome finden, sowie ihre eigentliche Natur in's rechte Licht zu setzen im Stande sein. Beschorner.

Chirurgische Behandlung der Kröpfe durch Exothyropexie. (Traitement chirurgical des goîtres par l'exothyropexie.) Von Dr. Poncet und Dr. Jaboulay. (Gazette des hôpitaux, Februar 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Die Operation besteht darin, dass man den Kropf nach aussen bringt, denselben befestigt und zur Atrophie bringt. Die Operation macht sich rasch und ist gefahrlos (?). Verf. haben 14 günstig verlaufende Fälle beobachtet. Nachdem der Kropf der Luft ausgesetzt ist, bildet sich eine reichliche Secretion, welche von den Thyroidalzellen auszugehen scheint, die Drüse wird schwärzlich, die Venen turgesciren; den Tag nachher werden die Venen kleiner, es bildet sich Thrombose und die Atrophie beginnt; Granulationen bilden sich von der Haut zur Drüse und die Wunde heilt sehr langsam; der Kropf bildet nun Knoten oder es entstehen Cysten. Das Allgemeinbefinden der Patientin bessert sich auffallend. Die Operation ist an allen Sorten von Kröpfen anwendbar.
Dr. P. K.

Perichondritis arytänoidea nach Typhus; doppelseitige Ankylose der Cricoarytänoidalgelenke; Larynxstenose. (Périchondrite aryténoidienne suite de fièvre typhoide; Ankylose cricoaryténoidienne double; sténose du larynx.) Von Dr. Vargniaud. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Ein 20jähriger Matrose machte einen gewöhnlichen Typhus durch und bekam nachher die Symptome des Laryngotyphus; man wartete zu lange, bevor man die Tracheotomie ausführte. Verf. kommt zu folgendem Schluss: man soll bei Zeiten operiren. Dr. P. K.

Ein Fall ausgedehnten geschwürigen Verlustes der hinteren Trachealwand mit Perforation in den Oesophagus und dabei ausbleibender Schluckpneumonie. Von Dr. S. Moritz in Manchester. (Archiv für Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 225, 1894.)

Wahrscheinlich handelte es sich bei der 36 Jahre alten Patientin, welche einmal im sechsten Monate abortirte und einmal ein reifes Kind todt geboren hatte, trotz Abwesenheit sonstiger Spuren syphilitischer Erkrankung, um einen syphilitischen Process, und wahrscheinlich begann derselbe in der Trachea, perforirte in den Oesophagus und erodirte die Vorderflächen zweier Wirbel. Auffallend ist einmal die bei syphilitischen Geschwüren seltene Perforation der Trachea und dann, dass trotz der, nach jedem Trunke stürmisch auftretenden Hustenerscheinungen, wobei die getrunkene Flüssigkeit wieder heraufgebracht wurde, keine Schluckpneumonie auftrat, wie sich sowohl bei der physicalischen als auch pathologischen Untersuchung erwies. Beschorner.

Digitized by Google

Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma. Von Dr. M. Grossmann in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 254, 1894.)

Ein Fall, einen Eisenbahn-Conducteur betreffend, der an immer wiederkehrenden Erstickungszufällen mit darauf folgender bald länger, bald kürzer andauernder (linksseitiger) Stimmbandlähmung litt und bei dem nach und nach die Symptome eines Aneurysma's der Aorta mit immer zunehmender Deutlichkeit auftraten, sowie weitere ähnliche Fälle eigener und der Beobachtung Anderer bringen G. zu folgenden Schlüssen: Der Laryngospasmus wird im Beginne eines in der Nähe des N. recurr. laryngis sich entwickelnden Aneurysma kaum je fehlen und es werden demnach periodisch wiederkehrende, auf Glottiskrampf beruhende Erstickungsanfälle, insbesondere wenn für den Anfall keine andere Ursache nachzuweisen ist, selbst dann den Verdacht auf ein in Entwickelung begriffenes Aneurysma in der Nähe der Nn. recurrentes laryngis erwecken, wenn für diese Annahme durch Percussion und Auscultation noch keine weitere Unterstützung aufgefunden werden kann; ebenso darf man eine mit einem Erstickungsanfall eingeleitete und in relativ kurzer Zeit wieder verschwindende Stimmbandlähmung — nachdem etwas Aehnliches bisher bei keiner anderen Krankheitsform beobachtet wurde — mit grosser Wahrscheinlichkeit als einen characteristischen Vorboten eines in der Nähe der Kehlkopfnerven sich entwickelnden Aneurysma's betrachten.

Beschorner.

Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Trachealstenose. (Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des sténoses intratrachéales.) Von Dr. A. Strazza. (Arch. ital. di laringologia und Revue de laryngol. et d'otologie No. 23, 1894.)

Eine 21jähr. Frau zeigte Trachealstenose bei unversehrtem Larynx. Patientin verweigerte die Tracheotomie, so dass ein Theil der die Trachea ausfüllenden Neubildung mit der Schrötter'schen Zange entfernt und die Intubation angewandt wurde. Dies gelang bis zu einem gewissen Grade; die histologische Untersuchung ergab Pachydermie der Trachea, sowie selbe für den Larynx von Virchow beschrieben worden ist.

Dr. P. K.

Experimente über das Eindringen von Fremdkörpern in das interstitielle Lungengewebe bei Ertrunkenen. (Expériences sur la pénétration de corps étrangers dans le tissu des poumons des noyés.) Von Dr. Malvoz. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 1, 1895.)

Man soll dieser Experimente sich erinnern, wenn es sich darum handelt, den Tod durch Ertrinken festzustellen. Das Eindringen fremder Körper in das interstitielle Lungengewebe ist fast sicheres Zeichen, dass die Leiche lebend in's Wasser gekommen ist. Andererseits aber ist das Fehlen dieses Symptoms kein Beweis, dass die Leiche todt in's Wasser gekommen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber den Werth von Metallspiegeln. (Note sur la valeur des miroirs métalliques.) Von Dr. Ziem in Danzig. (Arch. internat. de laryngolog. etc., Bd. VII, No. 5. Septbr./Octbr. 1894.)

Z. empfiehlt vernickelte Metallspiegel, vornehmlich wegen der leichten Möglichkeit, dieselben durch Auskochen in Sodalösung gründlich desinficiren zu können. Beschorner.

Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck.

Für die Abtheilung Ohrenheilkunde hat Herr Dr. Karuz die Stelle des Einführenden und Herr Dr. Löwenthal die Stelle des Schriftführers übernommen. Vorträge sind angemeldet von Prof. Siebenmann (Basel), Dr. Gomperz (Wien), Prof. Körner (Rostock), Dr. Treitel (Berlin), Dr. Brieger (Breslau), Dr. Fischenich (Wiesbaden) und Prof. Steinbrügge (Giessen).

Berichtigung.

In No. 7 dieser Monatsschrift soll es S. 240, zweite Zeile von unten, statt „Abschnürung" heissen „Abschrägung".

INHALT.

I. Originalien: Kayser: Bericht über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle. — Stiel: Ein Fall von Labyrinthentzündung bei Lues hereditaria tarda. — Bergeat: Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre. — Szenes: Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895 (Fortsetzung). — II. Referate: a) Otologische: Alt: Ueber die Anwendung des Vaselinum liquidum bei der Behandlung einiger Mittelohraffectionen. — Sklifosowsky: Ueber die Trepanation des Warzenfortsatzes. — b) Pharyngo-laryngologische: Aus der Gesellschaft russischer Aerzte an der kaiserlich Warschauer Universität. — Marie: Ueber die Natur der Basedow'schen Krankheit. — Kronthal: Morbus Basedowi bei einem 12jährigen Mädchen. — Wilson: Allgemeine Psoriasis durch Thyroidin geheilt. — Brenton: Speichelstein. — Netter: Ueber das Fortbestehen des Löffler'schen Bacillus bei von Diphtheritis geheilten Kindern. — Suchannek: Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus. — Casselberry: Arthritis deformans des Larynx. — Chiari: Intubation bei subglottischem Oedem. — Knight: Epiglottiscyste. — Bergengrün: Zwei weitere Fälle von Kehlkopflepra. — Mendel: Bemerkung zu einem Falle von tabetischer Kehlkopflähmung. — Bouan: Fremdkörper (Hammelknochen) im Larynx; Tracheotomie. — Bergengrün: Sieben Fälle von günstig verlaufener resp. geheilter Kehlkopfschwindsucht. — Chappell: Die Behandlung der Larynxtuberculose mit Creosot und submucösen Injectionen desselben Mittels. — Cadier: Primäre Larynxtuberculose, durch Beischlaf entstanden. — Sokolowski: Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige. — Poncet und Jaboulay: Chirurgische Behandlung der Kröpfe durch Exothyopexie. — Vargniaud: Perichondritis arytänoidea nach Typhus; doppelseitige Ankylose der Cricoarytänoidalgelenke; Larynxstenose. — Moritz: Ein Fall ausgedehnten geschwürigen Verlustes der hinteren Trachealwand mit Perforation in den Oesophagus und dabei ausbleibender Schluckpneumonie. — Grossmann: Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma. — Strazza: Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Trachealstenose. — Malvoz: Experimente über das Eindringen von Fremdkörpern in das interstitielle Lungengewebe bei Ertrunkenen. — Ziem: Ueber den Werth von Metallspiegeln. — Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck. — Berichtigung.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, September 1895.** **No. 9.**

I. Originalien.

Beitrag zur Anatomie des Schläfebeines.

Von

Prof. **E. Zuckerkandl.**

Die folgenden Zeilen enthalten die Beschreibung eines Falles, in welchem beiderseits die Schuppentheile des Schläfebeines sich durch eigenthümliche Bildungen auszeichnen. Ich beginne mit der Schilderung

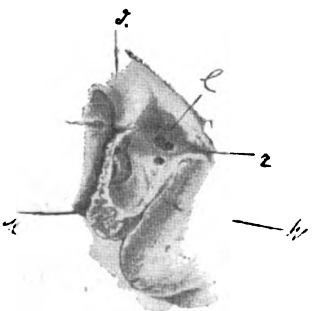


Fig. 1.

Digitized by Google

des rechten Os temporale, an welchem die Anomalie einen einfacheren Character als auf der Gegenseite zeigt. Es zeigt sich an demselben in der äusseren Hälfte des Meatus auditorius externus, und zwar gerade an der Uebergangsstelle der hinteren Wand in die obere, eine etwa hanfkorngrosse Lücke (Fig. 1 *l*), welche den Gang mit dem Recessus epitympanicus in Communication setzt. Unter dieser grösseren Oeffnung findet sich noch eine zweite, kleinere, welche gleichfalls in den genannten Recessus mündet.

Von der grossen Lücke führt eine breite, tiefe Rinne (Fig. 1 *r*) nach aussen, die den lateralen Rand des Meatus auditorius externus einschneidet. Die Umgebung der Rinne ist wohl glatt, aber gewulstet.

Die beiden beschriebenen Lücken gehören in die Gruppe der angeborenen Spalten im äusseren Gehörgange, über welche ich vor Jahren in dieser Monatsschrift berichtet habe.

Während linkerseits die eigentliche Schuppe des Schläfebeines sich normal verhält, hat die der rechten Seite (Fig. 2) nachstehende Ver-

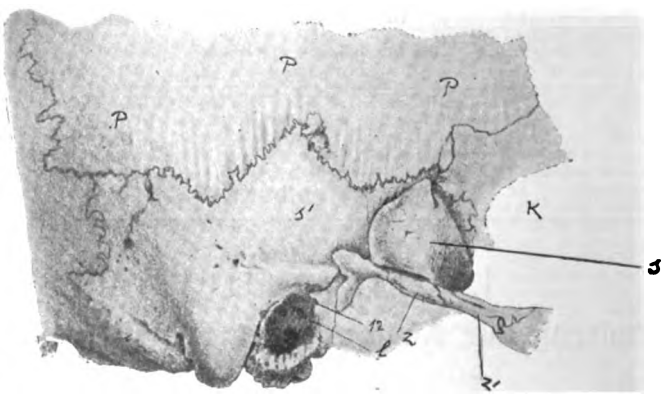


Fig. 2.

änderungen erfahren: Dieselbe ist wesentlich verkleinert, und zwar im Höhendurchmesser. Die Schuppe der linken Seite misst in der

Mitte 32,

über dem Jochfortsatze 35 Mm.,

während die gleichen Maasse der rechten Seite 14 bezw. 19 Mm. ergeben. Dabei verläuft die Contur der Schuppe nicht im einfachen Bogen, sondern besitzt einen tiefen Einschnitt an Stelle der geringsten Höhe, durch welche die Squama in zwei Abtheilungen: eine vordere kleinere (Fig. 2 *s*) und eine hintere grössere (Fig 2 *s'*) zerfällt. Entsprechend der Schuppenverkürzung ist der frontale Durchmesser des rechten Scheitelbeines entsprechend vergrössert. Das rechte Os parietale hat an Stelle der Verkürzung eine Breite (Bogenmaass) von 138, das linke Scheitelbein dagegen an der entsprechenden Stelle eine Breite von nur 120 Mm.

Interessant an der verkürzten rechten Schläfebeinschuppe ist nun, dass dieselbe an der vorderen kleineren Hälfte (Fig. 2 *n*, 3 *s*) in zwei Knochenblätter gespalten ist: ein mediales, welches mit der hinteren

Digitized by Google

Schuppenhälfte einen Körper bildet, und in ein laterales, dickeres, das, einfach dem medialen Blatte aufliegend, mit demselben einen engen Spalt begrenzt, welcher offenbar im nicht macerirten Zustande, gleich den Nähten, Bindegewebe enthielt. Das bezeichnete Knochenblatt lässt sich von dem Mutterknochen nicht ganz abheben, weil es mit der Wurzel

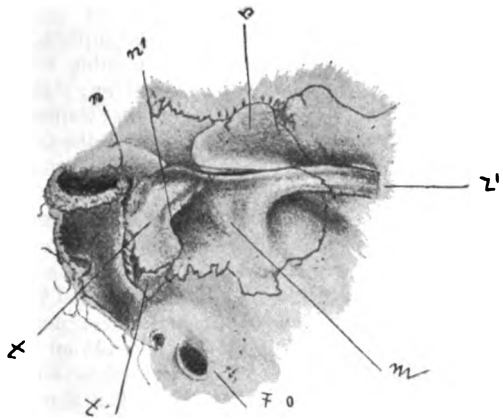


Fig. 3.

des Jochfortsatzes und tiefer unten mit dem horizontalen Abschnitte der Schuppe verwachsen ist. Soweit es frei ist, begrenzt es sich durch einen glatten beziehungsweise gezackten (basalwärts) Rand.

In ähnlicher Weise verhält sich das Tuberculum articulare posticum[1]) und ein anschliessendes Stück der Fossa mandibularis, deren Rindenschichte durch zackige Nähte an der oberen Gehörgangswand (Fig. 2 und Fig. 3 $_{12}$) in der Gelenkgrube (Fig. 3 n^1) nur durch einen Spalt gegen die Schuppe sich begrenzt. Eine kleine mediale Portion (Fig. 3 t) des auf diese Weise umschriebenen Knochenstückes ist durch eine kurze Naht von der lateralen getrennt. Von der vorderen Begrenzungsnaht derselben greift überdies ein sagittaler Schenkel auf die Fossa mandibularis über, die im Gegensatze zu jener der Gegenseite wesentlich verkleinert und abgeflacht erscheint. Diese Abflachung greift unmittelbar auf die Wurzel des Jochfortsatzes über, so dass von einem Tuberculum articulare anticum nichts zu bemerken ist. Entsprechend diesem Verhalten ist der rechte Gelenkkopf des Unterkiefers kleiner als der linke.

Hinter der Naht an der oberen Wand des Gehörganges, welche das Tuberculum articulare posticum begrenzt, finden sich zwei Lücken, welche in die Spongiosa der oberen Gehörgangswand hineinführen und mit den Spalten im Gehörgange der anderen Seite in eine Reihe zu stellen sind.

Der Jochfortsatz des rechten Schläfebeins ist in zwei Stücke getheilt.

---

[1]) Unter der Bezeichnung T. articulare posticum ist der zwischen Fossa mandibularis und Os tympanicum vorspringende, der Grösse nach höchst variante Fortsatz zu verstehen.

Digitized by Google

Das hintere (Fig. 2 *t*) ist in normaler Weise mit dem Mutterknochen verwachsen, das vordere (Fig. 2 *t*¹) bildet ein selbstständiges Knöchelchen.

Bei Betrachtung des rechten Schläfebeines von der Schädelhöhle aus sieht man nur, dass die Schläfebeinschuppe verkleinert ist; von dem anomalen Verhalten an der Oberfläche — der unvollständigen Theilung in mehrere Stücke durch Nähte — ist nichts zu bemerken. Hieraus ergiebt sich, dass die Abgliederung als eine incomplete, auf die Rindenschichte der Schuppe beschränkte bezeichnet werden muss.

Es dürfte wohl kein Zweifel darüber bestehen, dass es sich in dem geschilderten Falle um eine angeborene anomale Ossificationsart handelt, die sich dadurch characterisirt, dass die neugebildeten oberflächlichen Schichten mit den bereits vorhandenen Theilen nicht genügend in Verbindung traten oder wie am Jochfortsatze ein eigener Ossificationspunkt für dessen vordere Hälfte etablirt wurde. Für die mangelhafte Ossificationsbildung sprechen auch die Lücken, welche die oberen Wände der äusseren Gehörgänge durchbohren.

Die Anomalie fand sich an dem Schädel eines 14jährigen Knaben, der, nach dem Befunde am Schädel zu urtheilen, an einer Caries der Pars basilaris ossis occipitis, der Hinterhauptcondylen und des hinteren Keilbeines gelitten hatte. In Folge dieses Processes ist die Knorpelfuge zwischen dem Occipitale und dem Sphenoidale vor der Zeit verwachsen.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Aeusserer Gehörgung der linken Seite.
- *M* Gang
- *J* Jochfortsatz.
- *W* Warzenfortsatz.
- *l* Lücken an der oberen Gehörgangswand.
- *r* Rinne.

Fig. 2. Rechtes Schläfebein mit Fossa temporalis.
- *P P P* Scheitelbein.
- *s* Vordere, *s*¹ Hintere } Hälfte der Schuppe.
- *k* Grosser Keilbeinflügel.
- *z* Processus zygomaticus.
- *z*¹ Ein selbstständig gewordenes Stück derselben.
- *l* Lücke an der oberen Gehörgangswand.
- *n* Naht an der oberen Gehörgangswand.

Fig. 3. Rechtes Schläfebeie von unten gesehen.
- *s* und *z*¹ wie oben.
- *m* Fossa mandibularis.
- *t* Os tympanicum.
- *t*¹ Isolirtes Stück der Fossa mandibularis.
- *F o* Foramen ovale.
- *n* Laterales Ende der Naht im Gehörgange.
- *n*¹ Quernaht der Fossa mandibularis.

Digitized by Google

Bericht
über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. **R. Kayser**, Breslau.

(Schluss aus voriger Nummer.)

Acute Nerventaubheit.

Ein 33jähriger Tischler erkrankt am 11. Juni 1894 plötzlich an einem vorübergehenden Schwindelanfall mit Ohrensausen und Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr. Am 15. Juni früh tritt ein zweiter stärkerer Anfall mit Erbrechen auf, welcher erst am Nachmittag des 16. Juni nachlässt. Auch am 18. Juni, wo der Kranke in unsere Behandlung kommt, besteht noch mässiger Schwindel. Zugleich ist Nystagmus vorhanden. Derselbe tritt besonders beim Blick nach oben und rechts auf, wobei auch der Schwindel zunimmt, während beides beim Blick nach links geringer wird. An den Trommelfellen besteht eine mässige Trübung beiderseits, das Gehör ist links erheblich herabgesetzt, Flüsterstimme = 30 Ctm. Weber: im Kopfe, Rinne: positiv, Perceptionsdauer vom Knochen aus verlängert. Nach Catheterisirung keine Besserung des Gehörs und des Schwindels. Die inneren Organe, auch der Urin, erwiesen sich normal. Die ophthalmoscopische Untersuchung, von augenärztlicher Seite ausgeführt, ergab hyperämische Optici beiderseits, Gesichtsfeldgrenzen normal, nur für Farben etwas eingeengt, ausserdem einige Refractionsanomalien. Als ursächliches Moment käme noch in Betracht, dass der Kranke vor dem ersten Anfall eine starke Cigarre (Virginia) geraucht habe. In den nächsten Tagen besserte sich nach Application einiger Blutegel am linken Ohr das Befinden erheblich, besonders in Bezug auf den Schwindel, so dass der Kranke nach ca. 10 Tagen wieder arbeitsfähig war und sich der weiteren Beobachtung entzog.

Acute einseitige Taubheit nach Mumps.

Ein 14jähriger Knabe bekam 8 Tage nach Beginn einer Mumpserkrankung heftige meningeale Erscheinungen (Kopfschmerzen, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Bewusstlosigkeit) mit Taubheit des rechten Ohrs. Die übrigen Erscheinungen verschwanden in einigen Tagen, nur die Taubheit blieb bestehen, zugleich mit zeitweiligem Sausen. Das Trommelfell erwies sich vollkommen normal. Weber; im Kopfe, Knochenleitung für die Uhr aufgehoben, Stimmgabeln r. durch Luftleitung gar nicht und nur vom linken Warzenfortsatz gehört. Perceptionsdauer vom Knochen aus deutlich verkürzt.

Unter den **Kehlkopfkrankheiten** sind folgende erwähnenswerth.

Ein Fall von Apsithyrie, welcher erfolgreich durch Autolaryngoscopie behandelt wurde, ist anderweitig ausführlich mitgetheilt worden [4]).

---

[4]) Dr. Carl E. Langner: Zur Diagnose und Therapie der hysterischen Stummheit. Arch. f. Laryng., II. Bd., Heft 3.

Digitized by Google

Recurrenslähmung durch Struma migrans.

Ein 56jähriger Schuhmacher kam Ende Juni 1893 in unsere Behandlung und gab an, seit einigen Monaten an Anschwellung des Halses und seit einigen Wochen an Heiserkeit zu leiden. Die Untersuchung ergab eine complette Lähmung des linken Stimmbandes, welches in Cadaverstellung stand und excavirten Rand zeigte. Oberhalb und medianwärts von der Clavicula findet sich eine grosse, ziemlich harte Geschwulst, welche bei tiefem Einathmen verschwindet, bei der Exspiration aber deutlich hervortritt. Auch auf der rechten Seite des Halses besteht eine mässige Anschwellung und das Gesicht des Kranken erscheint aufgedunsen.

Recurrenslähmung nach 11 Wochen verschwindend.

Ein 24jähriger Arbeiter kam am 2. October 1893 in unsere Behandlung mit der Angabe, vor fünf Wochen plötzlich über Nacht heiser geworden zu sein. Die Untersuchung ergab das linke Stimmband unbeweglich in Cadaverstellung und excavirt, an Lunge und Herz nicht Pathologisches nachweisbar. Lues wird geläugnet, Patellar- und Pupillarreflex vorhanden. Empfindlichkeit des Kehlkopfs nicht verändert, Gaumensegel beweglich, Pulszahl in der Minute auf 60 herabgesetzt. Die totale Lähmung des linken Stimmbandes wurde auch von Prof. Gottstein bestätigt und der Fall den Studirenden in der Vorlesung als Recurrenslähmung vorgestellt. Zu unserer Ueberraschung zeigte sich in den nächsten Wochen eine beginnende Bewegung des linken Stimmbandes und eine Besserung der Heiserkeit. Am 17. November war die Heiserkeit verschwunden und das linke Stimmband vollkommen normal beweglich, auch die Pulsverlangsamung war verschwunden. Es liegt natürlich nahe anzunehmen, dass es sich im vorliegenden Falle um einen acuten Process in der Medulla oblongata gehandelt hat, welcher sich wieder vollkommen restituirte.

Tremor der Stimmbänder durch Schreckneurose.

Eine 38jährige Frau war vor acht Jahren durch den plötzlichen Tod ihres Mannes an heftigen nervösen Erscheinungen erkrankt. Sie musste die erste Zeit zu Bette liegen, war unfähig zu gehen, angeblich ohne Gefühl und klagte über Schwäche und Zittern in den Extremitäten. Der Zustand besserte sich allmählig, jedoch bestand noch im April 1894, als sie in unsere Behandlung trat, nach freundlicher Mittheilung des Nervenarztes Herrn Dr. Bielschowsky: Hypästhesie der linken Seite, Parese und Tremor der rechten Seite, clonische Zuckungen des Platysma, des Trapezius und Triceps rechterseits, erhöhte Sehnenreflexe. Gleichzeitig bestand Heiserkeit, die in den letzten Wochen stärker hervorgetreten war, die Glottis wird nur unvollkommen geschlossen, die Stimmbänder nähern sich zitternd der Mittellinie, schlagen aber gleich wieder auseinander. Auch die Zunge wird zitternd bewegt, während das Gaumensegel normale Beweglichkeit hat.

Tracheocele durch Ulcus luet.

Ein 25jähriger Arbeiter litt seit ca. sechs Wochen an einer Geschwulst am Halse von etwa Wallnussgrösse in der Medianlinie dicht

Digitized by Google

unterhalb des Kehlkopfes. Die Untersuchung ergab Folgendes: ein Geschwür an der Basis der Uvula, Verwachsung der rechten Gaumenhälfte mit der hinteren Rachenwand, Röthung des rechten Stimmbandes, unterhalb und vor demselben die Schleimhaut geröthet und vorgetrieben, an der vorderen Wand der Trachea ein unregelmässiges Geschwür mit weisslichem Belage. Bei Druck auf die äussere Geschwulst verkleinert sich dieselbe, wobei ein zischendes Geräusch am Halse gehört wird. Auch gelingt es dabei zu sehen, wie aus dem Geschwür aus der Luftröhre Flüssigkeit und Luft hervorkommt. Durch Jodkalibehandlung heilen die Geschwüre, die äussere Geschwulst verkleinert sich und es gelingt nicht mehr, Luft aus derselben zu exprimiren.

Noch ein zweiter, ähnlicher, wenn auch nicht so durchsichtiger Fall kam zur Beobachtung.

Ein 46jähriger Schmied, der in seiner Jugend eine luetische Affection durchgemacht hat, giebt an, seit einiger Zeit an Schlingschmerzen und mässiger Heiserkeit zu leiden. Es zeigt sich ein Oedem der glosso-epiglottischen Falte und des rechten Aryknorpels. Gleichzeitig besteht aussen am Halse rechterseits in der Höhe des Schildknorpels vor dem Sternocleidomastoid. eine ziemlich grosse, mässig weiche Geschwulst, welche bei Druck sich etwas verkleinert und ein gurgelndes Geräusch erzeugt. In einigen Tagen ist das Oedem verschwunden und auch die äussere Geschwulst auf ein Minimum reducirt. Der Kranke giebt an, solche Anfälle im Laufe der letzten Jahre wiederholt gehabt zu haben, und in der That erscheint er acht Monate später mit dem gleichen Krankheitsbilde wieder. Auch dies Mal geht unter Jodkalibehandlung das Oedem im Larynx und die äussere Geschwulst zurück. Sonstige Veränderungen an den Halsorganen waren nicht nachweisbar.

Papillomata laryngis.

Es dürfte von Interesse sein, das Heilungsresultat zweier Fälle von Larynxpapillom bei Kindern mitzutheilen, bei welchen vor längerer Zeit die Thyreotomie gemacht worden war. Der eine Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen, bei welchem diese Operation schon vor sechs Jahren ausgeführt werden musste. Hier ist das Resultat ein sehr günstiges, nur das linke Stimmband zeigt eine mässige Verdickung und Unebenheit des Randes. Die Stimme ist rauh, aber laut. Im zweiten Fall handelt es sich gleichfalls um ein 13jähriges Mädchen, bei welchem vor drei Jahren die Operation ausgeführt wurde. Das ganze Kehlkopfinnere war mit papillomatösen Wucherungen erfüllt. Auch nach der Operation tauchten neue Geschwülste auf, welche aber schliesslich spontan verschwanden. Circa ein Jahr lang musste die Trachealcanüle getragen werden. In diesem Falle hatte sich im vorderen Drittel der Glottis eine Verwachsung gebildet. An Stelle der Stimmbänder waren zwei unbewegliche Narbenstränge vorhanden, jedoch kam durch Schluss der Taschenbänder eine Tonbildung zu Stande, die freilich einen heiseren, stark rauhen Character zeigte.

Papillomata ad aditum oesophagi.

Ein 15jähriger Schlosser klagte seit längerer Zeit über Hustenreiz, als dessen Ursache sich zwei kleine spitze, warzenartige Erhebungen er-

Digitized by Google

wiesen, welche an der Hinterfläche der Aryknorpel dicht über dem Eingang in den Oesophagus sassen. Es gelang ohne Schwierigkeit, die kleinen Geschwülste mit der Zange zu entfernen.

Unter den Fällen von **Nasenerkrankungen** sind folgende bemerkenswerth:

Rhinolith[5]).

Bei einem 16jährigen Knaben, welcher seit längerer Zeit an Verstopfung der linken Nase mit übelriechendem Ausfluss litt, fand sich bei Rhinoscopia posterior eine die linke Choane quer diagonal ausfüllende Masse von schwärzlichem Aussehen, theilweise mit schmierigem Eiter bedeckt. Es gelingt, diesen Körper mittelst der Loewenberg'schen Zange vom Nasenrachenraum aus zu entfernen. Er erweist sich als ein Rhinolith von unregelmässig viereckiger Gestalt, sein grösster Durchmesser beträgt 2 Ctm. Im Inneren desselben befindet sich eine kugelige, erbsengrosse, glattwandige Höhle, die aber leer war. Nach Entfernung des Rhinolithen schwanden alle Krankheitserscheinungen in wenigen Tagen.

Nasenpolyp mit Empyem der Highmorshöhle und tödtlicher Meningitis.

Ein 19jähriger Kutscher kam am 25. April 1893 in unsere Behandlung mit der Angabe, seit circa einem Jahr an Verstopfung der linken Nase und reichlichem Ausfluss zu leiden. Die Untersuchung ergab im unteren Theil der Nase eine bis an die Aussenwand reichende Crista septi, ferner den linken oberen Nasengang ausgefüllt durch einen grösseren weisslich-grauen Polypen und reichlich schleimig-eitriges Secret. Der Polyp wurde mit der kalten Schlinge abgetragen, wobei sich reichlich Flüssigkeit entleerte, was den Verdacht einer Cyste erweckte. Auch in den nächsten Tagen wurden mehrfach Polypenreste entfernt, wobei eine ziemlich reichliche Menge von Eiter in der oberen Hälfte der Nase zum Vorschein kam. Am 9. Mai trat plötzlich Schüttelfrost und hohes Fieber ein, am 10. Mai gesellten sich dazu meningitische Erscheinungen (Erbrechen, Kopfschmerz, Nackensteifigkeit, Bewusstlosigkeit), so dass der Kranke in die chirurgische Klinik überführt wurde, wo derselbe am 14. Mai starb. Die Section ergab eitrige Meningitis, Empyem der linken Kieferhöhle und einen sondirbaren Gang von der Schädelhöhle durch die Lamina cribrosa nach der Nasenhöhle. Es scheint die Annahme gerechtfertigt, dass in diesem Falle ein Ausläufer der Dura mater (Meningocele) in die Nasenhöhle eingedrungen war, dass durch die Abtragung des Polypen eine Communication zwischen Nasenhöhle und Schädelinnern hergestellt wurde, dass dann in diesen Communicationscanal Eiter, der aus der Keilbeinhöhle stammte, gelangt sei und auf diesem Infectionswege die Meningitis zu Stande gekommen ist. Es ist wahrscheinlich, dass die bei der Operation des Polypen abgeflossene Flüssigkeit theilweise Cerebrospinalflüssigkeit war. Wenn sonst bei

[5]) Die in den letzten Jahren beobachteten Fälle sind von Herrn Dr. Loewenthal in seiner Dissertation „Ueber Rhinolithiasis", Breslau 1894, ausführlich beschrieben.

Digitized by Google

Kieferhöhlenempyem die häufig vorhandenen polypösen Wucherungen in der Nase ohne jede Gefahr vor der Operation des Empyems abgetragen werden, so mahnt doch der geschilderte Fall zur Vorsicht. Es kann eben eine so unglückliche, allerdings sehr seltene Complication vorliegen, bei welcher die Abtragung des Polypen in der gewöhnlichen Weise contraindicirt wäre. Jedenfalls wäre es richtiger, erst die Kieferhöhle zu eröffnen und den Eiter aus ihr zu entfernen Freilich kann durch die polypösen Wucherungen in der Nase die Diagnose des Empyems erschwert sein, weil die characteristischen Kennzeichen desselben gewöhnlich erst nach Beseitigung der Polypen zu Tage treten.

Niesskrampf.

Eine 47jährige Frau leidet seit längerer Zeit an Niessanfällen. Besonders bei Temperaturwechsel, z. B. wenn sie aus dem Zimmer in's Freie kommt, muss sie 40—50 Mal niessen. Bei einem solchen Anfall in den letzten Tagen spürte sie plötzlich Schmerz im linken Ohr. In der That besteht auch eine leichte Entzündung des linken Trommelfells. In der Nase, die sonst keine nennenswerthen anatomischen Veränderungen zeigt, ist die untere Muschel beiderseits gegen Berührung wenig empfindlich, hingegen tritt bei Berührung der mittleren Muschel und der benachbarten Scheidewand mit der Sonde oder einem Wattebausch sofort ein heftiger Niessanfall auf. Diese Ueberempfindlichkeit, die besonders auf der linken Seite stark ausgeprägt ist, verschwindet nach Cocainisirung vollkommen. Diese überempfindlichen Reizpunkte werden mit Chromsäure geätzt und dadurch der Niesskrampf geheilt. Die Kranke kann sich jeglicher Temperatur ohne Reaction aussetzen.

Synechie mit nervösem Husten.

Ein 8jähriger Knabe leidet seit einiger Zeit an eigenthümlichem Husten. Er macht fortwährend kurze, hustenartige Exspirationen durch die Nase, die jedoch im Schlafe sistiren. Die Untersuchung der Lungen ergiebt ein negatives Resultat, im Halse finden sich einzelne Granula an der hinteren Rachenwand, eine geringfügige Vergrösserung sowohl der Gaumen- als der Rachenmandel und eine Verwachsung des hinteren Theils der unteren Muschel mit der Scheidewand. Nach Cocainisirung dieser Synechie, für welche eine Ursache nicht zu ermitteln ist, verschwinden die nasalen Exspirationsstösse für eine Stunde vollständig, um dann allmählig in alter Stärke wiederzukehren. Es wird nun die Synechie durchtrennt und durch sorgfältige Nachbehandlung eine Wiederverwachsung verhindert. Seitdem sind Exspirationsstösse fast ganz weggeblieben.

Aus den Erkrankungen des **Rachens**[6]) sei Folgendes hervorgehoben:

Operation der adenoiden Vegetationen mit heftiger Nachblutung.

Ein 6jähriger, sonst gesunder Knabe litt an aden. Vegetationen und vergrösserten Tonsillen. Da das Kind ausserordentlich ungeberdig war,

[6]) Die luetischen Erkrankungen des Nasenrachenraumes hat Herr Dr. Max Ehrenfried in seiner Inaug.-Dissertation, Breslau 1894, bearbeitet.

Digitized by Google

wurde die Operation in Chloroformnarcose gemacht, d. h. der Knabe wurde so weit narcotisirt, dass er widerstandsunfähig war. In der Narcose wurden beide Tonsillen und die adenoiden Vegetationen entfernt. Die Blutung war dabei unerheblich, so dass der Kranke nach circa 3/4 Stunden nach Hause fahren konnte und in's Bett gelegt wurde. Spät am Abend — etwa 10 Stunden nach der Operation — wurde ich zu dem Kinde gerufen, weil es andauernd aus Mund und Nase blute. Ich fand den Knaben ausserordentlich anämisch, wachsfarben, ziemlich stark aus der Nase blutend, auch brachte er durch Erbrechen grosse Blutklumpen zu Tage. Es gelang schliesslich, durch Eis etc. die Blutung zum Stillstand zu bringen und das stark gefährdete Leben des Knaben zu erhalten. Am nächsten Tage sah ich im oberen Theil der hinteren Rachenwand aus dem Nasenrachenraum einen kleinen Fetzen festhängender Schleimhaut, welcher mit der Kornzange entfernt wurde.

Die Operation der aden. Vegetationen war mit dem Gottstein'schen Ringmesser ausgeführt worden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die heftige Nachblutung durch das hängen gebliebene Schleimhautstückchen veranlasst war, indem dasselbe eine Zerrung auf ein an seiner Basis befindliches Gefäss ausgeübt haben kann. Es passirt zuweilen gerade bei der Operation mit dem Gottstein'schen Messer, dass grössere oder kleinere Stücke noch an der Basis hängen bleiben; es ist natürlich nöthig, jedes Mal diese Stücke zu entfernen, was mit einer geraden oder gekrümmten Kornzange auch leicht gelingt. Allerdings habe ich geringfügige Reste zurückbleiben sehen ohne jegliche Nachblutung. Es bedarf dazu wahrscheinlich noch besonderer zufälliger Bedingungen.

Ulcera tuberculosa pharyngis.

Unter den beobachteten Fällen betraf der eine einen 36jährigen Mann mit weit vorgeschrittener Lungen- und Larynxtuberculose. Im Pharynx fand sich auf der vorderen Fläche des hinteren Gaumenbogens ein längliches, schmierig belegtes Geschwür und eine Perforation im l. vorderen Gaumenbogen.

Im zweiten Fall (46jähriger Mann) waren die Lungen nur wenig afficirt. Dagegen war die Uvula und Epiglottis bis zu den Aryknorpeln stark ödematös infiltrirt und auf dem linken vorderen Gaumenbogen eine Ulceration, in deren Secret zahlreiche Tuberkelbacillen sich nachweisen liessen.

Der dritte Fall betraf eine stark vorgeschrittene Lungentuberculose eines 32jährigen Mannes. Der Kehlkopf war vollkommen frei. Dagegen zeigten sich auf der Uvula und den Gaumenbögen gelbliche Punkte und auf der linken atrophischen Mandel, sowie auf dem l. hinteren Gaumenbogen und der hinteren Rachenwand bis in den Nasenrachenraum hinein eine flache Ulceration. Ferner fand sich auf der Schleimhautfläche der rechten Unterlippe ein längliches Geschwür mit schlaffen Rändern. Auch hier waren im Secret der Geschwüre zahlreiche Tuberkelbacillen nachzuweisen.

Lymphangioma palati mollis.

Ein 16jähriges Mädchen leidet seit 6 Jahren an Halsschmerzen von wechselnder Intensität. Das Leiden soll sich im Anschluss an eine

Digitized by Google

Diphtherie-Erkrankung entwickelt haben. Die Untersuchung ergiebt eine starke Anschwellung und Verdickung des Zäpfchens und des rechten hinteren Gaumenbogens. Auf den ersten Blick erscheint die rechte Hälfte des weichen Gaumens wie ödematös, allein das Gewebe ist ziemlich derb, von weisslicher Farbe und schwach körniger Oberfläche.

Der Kehlkopf und der Nasenrachenraum sind frei; einzelne vergrösserte Drüsen am Halse zu fühlen.

Nach Angabe der Kranken soll dieses Aussehen des Gaumens schon seit Jahren bestehen. Nachdem sich jede medicamentöse, auch locale Therapie erfolglos erwiesen hatte, wurde die Amputation der Uvula vorgenommen. Die histologische Untersuchung bezeichnete die Geschwulst als Lymphangioma. Später wurde noch die galvanocaustische Zerstörung der Geschwulst des Gaumenbogens vorgenommen, wobei sich ein ziemlich starkes, bis auf die Epiglottis übergreifendes Oedem entwickelte. Die Kranke reiste aber, noch ehe die Heilung vollendet war, ab und entzog sich der weiteren Beobachtung.

Von den **übrigen Erkrankungen** verdient Folgendes eine Erwähnung:

Apoplectiforme Bulbärparalyse mit Argyrie.

Ein 63jähriger Mann hatte am 3. April 1893 im Bette einen Schlaganfall gehabt, indem er ohne Bewusstseinsverlust plötzlich die Sprache verlor und schlecht schlingen konnte, bald trat auch starker Speichelfluss auf. Die Erscheinungen besserten sich allmählig. Als Patient am 7. Juli 1893 in unsere Behandlung kam, war die Sprache lallend und etwas nasal, die Lippenlaute werden schlecht gebildet. Die Zunge kann nicht gespitzt und auch seitlich nur schlecht bewegt werden, das Gaumensegel wird nur schwach gehoben, die rechte Naso-labialfalte ist verstrichen. Das rechte Stimmband ist vom Taschenband zum Theil verdeckt und seine Excursionen erheblich vermindert. Die Extremitäten waren frei, die Intelligenz bis auf eine weinerliche Stimmung ungetrübt; dagegen war eine Arythmie des Herzens zu constatiren. Gleichzeitig bestand eine blaugraue Verfärbung des Gesichts, der Zungenoberfläche, des harten und weichen Gaumens. Der Patient erzählte, dass er sich mehrere Jahre lang fast täglich den Rachen mit Höllenstein gepinselt habe. An den Armen und am Rumpf war die Hautverfärbung in geringerem Maasse ausgesprochen.

Sigmatismus nasalis.

Dieser verhältnissmässig seltenere Sprachfehler bestand bei einem 6jährigen Mädchen, welches beim s die Zunge zwischen die Zahnreihen legte und die Luft durch die Nase exspirirte, so dass statt des s ein n herauskam. Liess man das Kind die Zähne fest aufeinander beissen, so zeigte sich, dass die Zunge durch eine vorn bestehende Zahnlücke sich vordrängte. Es wurde nun diese Lücke mit dem Finger verschlossen und es gelang so, nach einigen Uebungen die richtige Aussprache des s zu erzielen.

Strumatherapie durch Schilddrüsenextract.

Nach der Empfehlung durch Bruns habe ich seit dem October 1894

Digitized by Google

13 Fälle von Struma mit Schilddrüsenextract behandelt. Zuerst nahm ich allerdings rohe Schilddrüse meist vom Kalb, seltener vom Schaf, und gab dieselbe klein zerhackt auf Brod in Portionen von ca. 3 Gramm 3 Mal wöchentlich. Ich überzeugte mich aber bald, dass diese Darreichungsform keinerlei Vortheile vor den viel bequemeren Thyreoidtabletten hat. Diese wurden in Dosen von 3 Mal täglich ein Stück (à 0,3 Substanz) einige Wochen hintereinander gegeben.

Die Resultate waren folgende: Eine bedeutende Verkleinerung trat ein in 3 Fällen. Der Halsumfang nahm ab bei einem 19jähr. Mädchen um 2 Ctm., bei einem 21jährigen Mädchen um 3,5 Ctm. und bei einer 62jährigen Frau um 3 Ctm. Eine geringe Besserung, die sich aber subjectiv den Kranken bemerklich machte, ergab sich bei 4 Kranken, nämlich: Abnehmen des Halsumfangs um 1 Ctm. bei 3 Mädchen im Alter von 29 bis 42 Jahren und einem Manne von 29 Jahren. Gar keine Besserung wurde erzielt in 6 Fällen. Diejenigen Fälle, in denen eine Besserung eintrat, zeigten sofort in den ersten 14 Tagen eine mehr oder minder erhebliche Abnahme des Halsumfangs, während in der darauf folgenden Zeit trotz weiteren Gebrauchs des Mittels keine nennenswerthe Veränderung der Geschwulst mehr sich zeigte. Als unangenehme Nebenwirkung wurde beobachtet in einem Falle Kopfschmerz und Herzklopfen, als die Dosis von 3 auf 4 Tabletten täglich gesteigert wurde. In einem Falle, wo die Verminderung des Halsumfanges nur 1 Ctm. betrug, hatte sich in 4 Wochen eine Abnahme des Körpergewichts um 6 Pfund eingestellt.

Im Ganzen hatte auch ich den Eindruck, dass die diffusen gleichmässigen Vergrösserungen der Schilddrüse von mässig weicher Consistenz, also die parenchymatösen Strumen, eher durch das Mittel beeinflusst werden, als die härteren, knolligen Geschwülste oder Cysten. Allerdings ist zu beachten, dass die parenchymatösen Kröpfe besonders der jungen Mädchen häufig auch ohne jede therapeutische Einwirkung eine gewisse Labilität zeigen.

Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

von

Dr. **Hugo Bergeat**, München.

(Fortsetzung zu No. 7.)

Geschlecht, Alter, Stand.

I. a. Broadbent	M	—	55	—
Rauchfuss	—	W	—	—
Schrötter	M	—	52	Anstreichergehilfe.
Türck	M	—	55	Uhrmacher.
v. Balassa	—	W	21	Dienstmädchen.
Navratil	—	W	—	Fräulein.
Gottstein	M	—	7	—

Digitized by Google

Planchon	—	W	21	—
Ruppaner	M	—	56	Kaufmann.
Sidlo	M	—	23	Soldat.
Buck	M	—	38	—
Mackenzie No. 1	—	W	53	Bibelvorleserin.
„ 2	M	—	42	Fuhrmann.
„ 3	—	W	43	Kutschersfrau.
„ 4	—	W	37	—
„ 5	M	—	64	—
Cohen, Solis I	M	—	—	—
Blanc	M	—	62	—
Laroyenne	—	W	32	—
Fauvel Fall 33	—	W	40	Arbeiterin.
„ 80	M	—	31	Mechaniker.
„ 137	—	W	—	—
„ 190	—	W	32	Dame aus Spanien.
„ 211	—	W	43	Landwirthin.
„ 214	M	—	jünger	Messerschmied.
Raymond & Longuet				
Bottini I	M	—	26 (24)	Bauer.
Schech I	M	—	40	Gast- und Landwirth.
Robinson	M	—	32	Landmann.
Burow II	M	—	30	Bauer aus Russland.
Foulis	M	—	28	Tuchpacker.
Lange	M	—	74	—
Ganghofner	M	—	alt	Pastor.
Küster	M	—	45	Arzt.
Rzehazek	—	W	31	—
Semon I	M	—	51	—
v. Bergmann	M	—	54	—
Bottini II	M	—	53	—
Labbé	M	—	51	—
Hahn	M	—	43	—
Newman I	M	—	alt	—
Gerster	M	—	57	—
Agnew, Hayes	M	—	58	—
Gleitsmann	M	—	57	—
Semon II	M	—	81	—
Cacciopoli	—	W	52	—
Délie	M	—	73	—
Bessel-Hagen	M	—	52	—
Jurasz	M	—	44	Holzhändler.
Tietze	M	—	50—57	—
Browne, Lennox	M	—	9	—
	—	W	49	—
	—	W	47	—
Cohn	M	—	47	—
Scheinmann	M	—	66	—
Cohen, Solis II	M	—	45	—

Digitized by Google

Schmidt, Moritz	3M.	—	—	—
Paul	M	—	12	—
Mackay	M	—	44	Maulthiertreib.(Huelva).
Birkett	—	W	22	—
Szmuilo	M	—	51	Arbeiter.
Semon III.	M	—	59	Pfarrer.
Schech II.	—	W	36	Lehrerfrau.
Bergeat	M	—	33	Taglöhner.
Baurowicz	M	—	53	Arbeiter.
b. Caselli	—	W	19	—
Lanz	M	—	29	—
Scheier	M	—	28	Sattler.
Browne, Lennox	M	—	28	—
Bruck	M	—	57	Sattler.
c. Fauvel Fall 131	M	—	31	Handelsmann.
„ 267.	M	—	35	Handelsmann.
Töplitz	M	—	46	Schneider.
Reyher	—	W	55	—
Tschudi	M	—	—	Büchsenmacher.
d. Roquer y Casedesus	M	—	55	Matrose.
II. a. Schrötter	M	—	34	Zimmermaler.
	—	W	19	—
Meyer-Hüni	M	—	27	Landwirth.
Johnston und Cotterill	—	W	13	—
Chiari-Maydl	M	—	61	—
Koch	M	—	48	Hauptmann.
Schnitzler-v. Frisch	—	W	21	—
b. Paul	—	W	20	Dienstmädchen.
Huber	M	—	—	Student.
Spencer	4jähriger männlicher Hund.			

Unter den 65 Fällen von primärem Kehlkopfsarcom, in welchen das Geschlecht der Patienten bezeichnet ist, finden wir das männliche mit 48, das weibliche mit 18 Nummern vertreten. Es ist ein seltsamer Umstand, dass bis zum Jahre 1875 die Männer gegenüber den Frauen 13 gegen 12, seither aber 35 gegen 6 Patienten gestellt haben. (Im Allgemeinen betrifft das Sarcom die Männer um 10 pCt. häufiger.)

Die Altersliste nennt für die primären Kehlkopfsarcome

bei Männern 7 (resp. angeboren), 9, 12,
23, 26, 28,
30, 31, 32, 33, 33, 38,
42, 43, 44, 44, 45, 45, 45, 47,
51, 51, 51, 52, 52, 53, 53, 53, 54, 55, 56, 57, 57, 58, 59,
62, 64, 66,
73, 74,
81,

bei Frauen 21, 21, 22,
31, 32, 32, 36, 37,
40, 43, 43, 47, 49,
52, 53 Jahre.

Digitized by Google

Die zum Theile recht deutliche Abstufung lässt vermuthen

1) eine Disposition im Kindesalter (wie auch bei anderen Geschwülsten ist das männliche Geschlecht häufiger — hier sogar allein — betroffen);

2) eine solche zur Zeit der Vollendung des Wachsthums, die sich in der Reihe der Frauen ausprägt;

3) ein unterstützendes Moment in den Schädigungen des Individuums im reifen Alter. So spiegelt sich ihr Einfluss deutlich bei den Frauen wieder, deren keine jenseits des Climacteriums erkrankt ist. Für's männliche Geschlecht trifft ein Drittel der Fälle auf das sechste Jahrzehnt. Im Allgemeinen ist die Disposition keineswegs so sehr an die vorgerückten Jahre gebunden, wie es von den bösartigen Geschwülsten im Allgemeinen angenommen wird.

Aehnlich verhält sich das Luftröhrensarcom. Angeboren kann es wiederum bei einem männlichen Individuum (Fall Meyer-Hüni) gewesen sein; bei einem Mädchen erscheint es im späteren Kindesalter, um die Pubertätszeit; zwei weibliche Wesen erkrankten gegen das Ende des Wachsthums,; im reifen Alter endlich finden wir nur Männer in einer mit den Jahren erhöhten Häufigkeit.

Aus den Notizen über die Beschäftigung der Patienten ist herauszufinden, dass auffällig häufig solche Personen erkrankt sind, bei welchen ein Umgang mit Pferden sicher oder wahrscheinlich ist: Land- und Fuhrleute, ein Hauptmann, ein Soldat, ein Arzt, zwei Sattler (unter I b). Um die Aetiologie weiter zu besprechen, ist nochmals an die Bemerkungen bezüglich der Altersdisposition anzuknüpfen. Die sonst in der Laryngologie beliebte Beschuldigung des Staubes, des Tabakmissbrauches, der Ueberanstrengung der Stimme kann im Materiale nur schwache Stütze finden. Die Umwandlung gutartiger Geschwülste in Sarcom erscheint zwar Eppinger in den Fällen Foulis und Schrötter I (Trachea) als wahrscheinlich, ist aber nach Semon's Sammelforschung kaum mehr anzunehmen (Centralbl. f. Laryngologie, Band V u. VI); diese letztgenannte Arbeit hat übrigens nicht einen einzigen sicheren Fall von Sarcom in Betracht zu ziehen gehabt. Dagegen ist der Zusammenhang mit früheren geschwürigen Processen bei dem Vorkommen randständiger Narben in den Fällen Bergmann und Ganghofner, zu denen vielleicht noch jene Fauvel 214 und Schrötter treten, naheliegend, und es würde bei der Abneigung gegen die Annahme von catarrhalischer Geschwürsbildung die Syphilis als ein ätiologisches Moment in Betracht zu ziehen sein, vorausgesetzt, dass nicht ein partieller Heilprocess angenommen werden soll.

Microscopischer Befund:

I. a. Broadbent (vom Beobachter als Carcinom beschrieben)	Vorherrschend Zellen, runde, ovale und auch andere mit grossen Kernen und Kernkörperchen und gelbweisses fibröses Gewebe.
Schrötter	Reichliche, meist ovale Zellen mit einem Kerne. Pigmenthäufchen und Fetttröpfchen. Dicke Schichte Pflasterepithel.
Türck	Zellreich, hauptsächlich Spindel- und auch Rundzellen. Keine Bindegewebs- oder elastische Fasern, daher Entwicklung unter dem Corium. Pigmentmolecüle und fettigglänzende Körper.
Oliver	Fibrosarcom.

Digitized by Google

v. Balassa	Kleine Zellen, unter normalem Epithel in ein Stratum faseriges und theilweise elastisches Bindegewebe eingebettet; granulirt, gegen die faserige Grenze zerfallen; einzelne Zellen im Fasergewebe. Das Bindegewebe um die Drüsen verdickt. Knorpel und Knorpelhaut frei.
Gottstein	Fibrosarcom.
Ruppaner	Fibrosarcom.
Sidlo	Kleine Rundzellen, keine Spur von Bindegewebe.
Buck	Fibrosarcom.
Mackenzie No. 1	Sarc. fascic., zum Theil einfaches fibröses Gewebe; sehr viele „Kerne" in Bindegewebszügen („interlacing fibres").
No. 2	Theils Sarc. fascic. mit Spindelzellen, theils einfaches Fibrom.
No. 3	Spindelzellen, zum Theil äusserst lang, beinahe fettig entartet; sehr deutliche Kerne.
No. 4	Spindelzellen. Papillöser Bau, im Centrum der Papillen sarcomatöses Gewebe mit areolärem Bau. Reichliche Blutgefässe.
No. 5	Rundzellen, am zahlreichsten in der Submucosa (Genaueres im Original).
Blanc	Bösartige fibroplastische Geschwulst.
Laroyenne	Ziemlich zahlreiche Zellen von Spindel- und verlängerter runder Form. Wenig Bindegewebe, nirgends fasciculirt. Tunica ext. vas. undeutlich von der Umgebung abgegrenzt.
Cohen, Solis I	Spindelzellensarcom.
Fauvel Fall 190	Spindel- und sternförmige Zellen; zarte Bindegewebswände.
Fall 214	Kleine runde und ovale Zellen inmitten einer weichen spärlichen Grundsubstanz, ähnlich dem fascic. Keine Spur von elastischem Gewebe, nur wenige embryonale Gefässe.
Bottini I	Theils Rund-, theils Spindelzellen.
Schech I	R. mehr Rund-, l. mehr Spindelzellen, besonders die letzteren durchweg klein. Aussen eine blaurothe, etwas ödematöse, aus fertigwelligem Bindegewebe bestehende Gewebsart, davon mehr weniger scharf unterschieden eine grauweisse, knotig hervortretende innere; in letzterer oft gar keine Intercellularsubstanz. Aeusserst zahlreiche Gefässe, constante Zellenhäufung um dieselben. Besonders interessant ein Hohlraum, in welchen eine sarcomatöse Wucherung polypenartig hineinragt. — Knorpel- u. Knochenwucherung am l. Giessbeckenknorpel.
Robinson	Gemischtzelliges Sarcom (mixed sarcoma, nicht Myxosarcom!) mit kleinen Rund- und Spindelzellen, den Ring- u. Schildknorpel durchsetzend.

Digitized by Google

Burow II	Spindelzellen. Am Recidive Ulceration an einigen Stellen.
Foulis	Spindelzellensarcom mit fibrösem und elastischem Gewebe; zuerst als Papillom mit sehr zellreichem Innern angesehen. Nach der zweiten Operation Zunahme der „Rundzellen".
Ganghofner	Dicht unter dem Epithel; ebendort besitzt die Intercellularsubstanz eine bedeutende Ausdehnung; die Sarcomelemente liegen mehr in der Tiefe. Wucherung des Endothels der Gefässe.
Küster	Sarcoma carcinomatodes.
Elsberg	Fibromyxosarcom.
Rzehazek	„Granulationsgewebe".
Coupard	Fibrosarcom.
v. Bergmann	Adenosarcom.
Bottini II	Theils Rund-, theils Spindelzellen.
Butlin	Rundzellen.
Labbé	Sarc. fascic.
Hahn	Rundzellen, sehr zahlreich.
Newman I	Alveolarsarcom mit Rund- und Spindelzellen, Myeloplaxen und einem Knochenbälkchen.
Gerster	Alveolarsarcom.
Jurist	Rundzellensarcom.
Semon II	Alveolarsarcom mit multiformen Zellen; kleinere Rundzellen in den Trabekeln.
Délie	Spindelzellen.
Bessel-Hagen	Rundzellen.
Jurasz	Anfangs bei 2 Untersuchungen nur Granulationsgewebe zu finden.
Browne, Lennox	
Fall 3	Rundzellen.
„ 8	Rundzellen.
„ 10	Ursprünglich als Encephaloid beschrieben.
Arnaud-Moure	Fibrosarcom.
Cohn	Alveolarsarcom, deutliches Reticulum.
Scheinmann	Sehr zahlreiche Rundzellen; Zellwucherung nicht gleichmässig, sondern hauptsächlich in Form eines längsovalen Gebildes. Starke Vascularisation.
Dansac	Sarcome papillaire — sarc. fasciculé en nappe.
Paul	Spindelzellen.
Mackay	Grosszelliges S.
Birkett	Spindelzellen mit Zügen eines an embryonalen Gefässen reichen Bindegewebes.
Szmuils	Sarcoma parvo-diffuso-giganto-cellulare (auf der anderen Kehlkopfseite ein Carcinom).
Semon III	Cavernöses Fibrosarcom.
Schech	Riesenzellensarcom; ziemlich gefässreich.
Bergeat	Sehr kleine und zahlreiche Spindelzellen.
Baurowicz	Kleinspindelzelliges S.

Digitized by Google

b. α.	Lücke	Mischgeschwulst aus carcin., sarcom. und fibrösem Gewebe.
	Heath	Spindelzellen.
	Scheier	Kleine Rundzellen.
	Bruck	Rundzellen (sehr genaue Beschreibung der Invasion).
β.	Eppinger	Melanotisches Sarcom.
c.	Toeplitz	Chondrosarcom? Epithel mit Ausläufern in die Tiefe dringend.
	Wagner, Cl.	Angiosarcom, Sarcom, Carcinom.
	Semon	Sarcom oder Fibrom.
	Derselbe	Cavernöses Fibrosarcom?
II. a.	Schrötter No. 1	Spindelzellen bei der ersten Operation, Angiosarcom bei der Section.
	Meyer-Hüni	Rund- und Spindelzellen in Nestern, deutliche Intercellularsubstanz. Lappig auf dem Durchschnitte. Schleimhaut 1—1½ Mm. dick, etwas derber.
	Johnston u. Cotterill	Sarc. fascic.
	Bamberger-Billroth	Spindelzellen.
	Chiari-Maydl	Spindelzellen.
	Koch	Angiosarcoma cellulare; grosse Gefässe, aber Vorherrschen der Zellen.
b.	Paul	Spindelzellen.
	Spencer	Spindelzellen.

Nach diesen Angaben kam das primäre Kehlkopfsarcom vor etwa
22 Mal als Spindelzellen-Sarcom, welchem ich, gestützt auf Ziegler's Eintheilung, das Fibrosarcom zurechne,
12 Mal als Rundzellen-Sarcom,
5—6 Mal als Alveolarsarcom (je nachdem Newman's Beobachtung hier oder unter den Riesenzellensarcomen Platz finden soll).
4 Mal als gemischtzelliges Sarcom,
2—3 Mal als Riesenzellen-Sarcom,
1 Mal als Fibromyxosarcom;
hierzu kommt aus Ic (unsichere Fälle)
1 Mal Chondrosarcom,
1—2 Mal Angiosarcom.

Secundär ist der Kehlkopf hauptsächlich vom Rundzellensarcom, metastatisch das eine Mal vom melanotischen Sarcom befallen worden.
In der Luftröhre findet sich
3 Mal Fibrosarcom,
2 Mal Angiosarcom,
1 Mal gemischtzelliges Sarcom.

Alter und Geschlecht zeigen am Kehlkopf und an der Luftröhre weiter keinen Einfluss auf Entstehung der einen oder anderen Sarcom-

Digitized by Google

form, als dass das Alveolarsarcom sich bisher nur bei Männern jenseits des 45. Jahres gefunden hat.

Als Muttergewebe ist fast ausschliesslich die Submucosa namhaft gemacht. Der Befund von elastischen Fasern in Balassa's Fall möchte auf einen Ursprung in der grossen Bindegewebsmasse an der Epiglottisbasis und in den Stimmbändern hinweisen. Innerhalb der Perichondriumhülle ist das Sarcom Schech II entstanden. Auch die Sarcome Schech I, Hahn, Bessel-Hagen und besonders Newman und Baurowicz sind der Entstehung im Knorpelgerüste verdächtig; diesen selben Ausgangspunkt hat die Geschwulst mit Knorpelzellen von Toeplitz, welche ich persönlich nach der Beschreibung unbeanstandet für ein Sarcom gelten lassen würde. — Es ist nur sehr wahrscheinlich, dass einzelne Sarcome in den Lagen zwischen Schleimhaut und Knorpel sich entwickelt haben; es existirt aber noch kein directer Befund.

Sonstige interessante Einzelheiten in den microscopischen Befunden sind: Die Epithelverdickung im Falle Schrötter, wohl verursacht durch die mechanische Reizung an der exponirten Stelle, und im Falle Meyer-Hüni; die Anzeichen von Rückbildung (Schrötter, Türck, Mackenzie), die Bildung einer Cyste (Schech), die Zunahme der Rundzellen (Foulis), die für die Diagnose bedeutsamen Structurunterschiede an verschiedenen Stellen derselben Geschwulst (Mackenzie 1 und 2, Foulis, Jurasz, Scheinmann und besonders einige der unsicheren Fälle); die Vermehrung der Gefässe in mehreren Recidiven. Einzig dastehend ist das gleichzeitige Vorkommen von Krebs und Sarcom am Kehlkopfe in der Beobachtung Szmuilo's.

Leider fehlen fast alle Nachrichten, ob und wie sich das Sarcom auf die tieferen Schichten des Kehlkopfes verbreitet; Robinson erwähnt Durchsetzung der Knorpel, Bruck beschreibt, an einem wahrscheinlich secundären Sarcome, ausführlich die Invasion in das Taschenband und insbesondere in die Muskeln. Mackenzie giebt beim Falle 5 in seinem Lehrbuche an, dass auch unterhalb der Submucosa Veränderungen sich fanden.

* * *

Für die weitere Besprechung ist von Interesse, was Herr Professor Schech mir über seinen ersten Patienten vervollständigend mitgetheilt hat (an diesem war die Operation mittelst galvanocaustischer Schlinge in der zweiten Hälfte des Jahres 1874 ausgeführt worden):

„Der Kranke stellte sich wiederum am 22. October 1883 vor. Er giebt an, seit einiger Zeit kurzen Athem zu haben, auch habe sich die Stimme erheblich verschlechtert und seien manchmal kleine Blutbeimengungen ausgehustet worden.

„Befund: L. Stimmband verdeckt durch einen rundlichen, convexen Tumor, der das ganze l. Taschenband einnimmt und in das Lig. aryepigl. übergeht. Ueber dem l. Santorini'schen Knorpel lagert eine weissliche Geschwulst von der Grösse einer Kirsche, etwas gelappt, und schaut gegen den Rachen zu. Auf der Hinterwand des Kehlkopfs gleichfalls einige spitzige Erhabenheiten. L. Kehlkopfseite absolut unbeweglich; Reflexe dortselbst fast ganz aufgehoben.

Digitized by Google

Die kleineren Tumoren werden mit der galvanischen Schlinge entfernt, der grössere jedoch konnte wegen seiner Form nicht entfernt werden. Ich rieth bei zunehmender Athemnoth zur Tracheotomie.

„Im December 1883 soll in Freiburg i. B. die Tracheotomie gemacht worden sein, sie sei sehr schwierig und mit grossem Blutverluste verbunden gewesen; auch stellte sich eine Pneumonie ein, der der Kranke etwa 50 Tage nach der Operation erlegen sein soll, also wohl im Januar 1884."

(Fortsetzung folgt.)

Halskiemenfistel durch Electrolyse geheilt.

Vortrag,

gehalten in der Société d'otologie et de laryngologie de Paris am 5. April 1895

von

Dr. **L. Lichtwitz**, Bordeaux.

Bei Gelegenheit der Vorstellung eines Falles von Halskiemenfistel in der Laryngologischen Gesellschaft von London (s. Journal of Laryngol., No. 2, 1895, p. 170) wurde jüngst die Frage der Behandlung dieser Fisteln aufgeworfen. Man betonte hierbei, dass der chirurgische Eingriff weit davon entfernt ist, ein befriedigendes Resultat zu geben wegen der Ausbuchtungen und Ausdehnung des Fistelcanals; der electrolytischen Behandlung aber wurde keine Erwähnung gethan. Deshalb glaube ich gut daran zu thun, folgenden mittelst Electrolyse erfolgreich behandelten Fall mitzutheilen:

N...., 27 Jahre alt, suchte mich am 23. Sept. 1893 auf. Er sollte am folgenden Tage wegen einer Halskiemenfistel operirt werden. Man constatirt in der That an der linken Seite des Halses zwischen dem Zungenbein und dem Schilddrüsenknorpel und ungefähr 2 Ctm. von der Medianlinie entfernt eine kleine, von einem narbigen Hofe umgebene Oeffnung, aus welcher man durch Druck mehrere Tropfen einer fadenziehenden, von Eiter durchsetzten Flüssigkeit entleeren kann. Nach mehreren Versuchen gelingt es, eine Fischbeinsonde durch die Fistelöffnung zuerst 4 Ctm. und dann $6\frac{1}{2}$ Ctm. weit nach rechts, oben, innen und hinten vom grossen Zungenbeinhorn einzuführen. Der Kranke fühlt deutlich das Ende der Sonde in der Gegend der rechten Tonsille. Spritzt man durch den Canal schmeckende Substanzen, so kann der Kranke bisweilen die eingespritzte Flüssigkeit erkennen, doch gelang es nie, das innere Orificium aufzufinden. Bemerken muss ich noch, dass trotz mehrfacher Injectionen einer schwachen Lösung von Methylenblau eine Blaufärbung im Rachen oder im Eingang des Kehlkopfes nicht wahrgenommen werden konnte.

Die Fistel hatte sich nach aussen erst vor sechs Jahren geöffnet. Um diese Zeit bemerkte nämlich der Kranke eine kleine Geschwulst von der Grösse einer Bohne, da wo jetzt die Fistelöffnung besteht. Die Geschwulst brach von selbst auf und es kam Eiter zum Vorschein, der nach sechsmonatlicher, von einem Arzte eingeleiteten Aetzung immer reichlicher wurde. Ein anderer Arzt, der hinzugezogen wurde, brachte die Eiterung für einige Zeit zum Stillstand. Seither sah man zu

Digitized by Google

wiederholten Malen die Eiterung wieder auftreten und verschwinden. Vor 14 Tagen stellte sich neuerliche Anschwellung ein; bei der von einem Collegen gemachten Incision entleerte sich neuerdings Eiter. Augenblicklich ist die Eiterung ziemlich reichlich und nöthigt den Patienten, fortwährend einen Verband zu tragen. Da der Kranke sich zu verheirathen wünscht, so möchte er vorher von seinem Gebrechen befreit werden, aber wenn möglich ohne blutigen Eingriff. Ich schlage ihm die Electrolyse vor, mit dem Bemerken, dass die Behandlung lange dauern und möglicherweise fehlschlagen könne. Die Behandlung wird vom Kranken angenommen. Es wurden im Ganzen 17 Sitzungen in Zwischenräumen von je 8 bis 14 Tagen abgehalten. Ich bediente mich hierbei einer 1 Mm. dicken Neusilbersonde, die 2 Ctm. vom Ende ab entblösst und im übrigen Theile mit einer dünnen Kautschukhülle bedeckt war.

Es wurde eine Einspritzung einer 5 proc. Cocainlösung in den Canal gemacht, dann die Sonde bis zum Grunde des Fistelcanals eingeführt und mit dem negativen Pole einer Stromquelle in Verbindung gebracht. Die rechte indifferente Electrode wurde an der rechten Seite des Halses angebracht. Allmählig wurde die Stromintensität bis zu 2 bis 3 Milliampères gesteigert, die vom Patienten ohne zu grosse Schmerzen ertragen wurden. In den späteren Sitzungen wurde die Einführung der Sonde immer schwieriger. Es gelang sie nur 5, dann 4 und 3 Ctm. weit vorzuschieben. Gleich nach den ersten Sitzungen wurde die eingespritzte Flüssigkeit nicht mehr in dem Rachen gespürt. Am 10. Mai 1894, 14 Tage nach der letzten Sitzung, ist die Fistel vollkommen geschlossen. Bis heute, 21. Februar 1895 (zehn Monate seit der letzten Sitzung), hat sich die Heilung erhalten; man fühlt nur an Stelle des alten Fistelcanals im Zellgewebe einen beweglichen fibrösen Strang.

Ohne hier eine Besprechung über die Natur der Kiemenfisteln folgen lassen zu wollen, glaube ich im obigen Falle es mit einer wahren Kiemenfistel zu thun gehabt zu haben, wiewohl selbe sich erst vor sechs Jahren nach aussen geöffnet hatte. Wahrscheinlich hatte sie zuerst als innere, blind nach aussen endende Fistel bestanden und wurde erst zur äusseren Fistel in Folge des vorübergehenden Verschlusses der inneren Oeffnung.

Das Hauptinteresse dieses Falles liegt in der erfolgreichen Anwendung einer gefahrlosen, wenig oder gar nicht schmerzhaften Methode bei einer Affection, die oft jedem chirurgischen Eingriffe Trotz bietet. — Ich will nicht behaupten, dass die Electrolyse in allen Fällen mit Erfolg angewendet werden kann. Sie ist mir selbst missglückt bei zwei anderen Kranken, doch muss hinzugefügt werden, dass ich in beiden Fällen nur 4 bis 5 Sitzungen hielt. Die eine Kranke, 20 Jahre alt, die eine 11 Ctm. lange Fistel besass, kehrte nicht mehr wieder; der andere Fall, der einen 13jährigen Knaben betrifft, steht noch in Behandlung. Es wird angezeigt sein, in jedem Falle die Electrolyse wenigstens zu versuchen, ehe man zur chirurgischen Behandlung schreitet, da letztere oft gefährlich, nicht immer von Erfolg begleitet ist und selbst bei günstigem Ausgange entstellende Narben zurücklässt. Die electrolytische Behandlung wurde übrigens bereits von L. Lefort (Bulletin général de thérapeutique, 1895) angewendet, der über drei ähnliche mit Erfolg behandelte Fälle berichtet hat.

Digitized by Google

Ein Fall von Angiom des Pharynx.

Vortrag,

gehalten in der Société d'otologie et de laryngologie de Paris am 5. April 1895

von

Dr. **L. Lichtwitz**, Bordeaux.

Der Fall betrifft ein junges Mädchen von 16 Jahren, welches mir jüngst wegen linksseitigen, seit einigen Tagen bestehenden Ohrenflusses zugeführt wurde. Bei Untersuchung des Rachens fiel mir ein dunkelbraun, stellenweise bläulich gefärbter Tumor auf, der hinter der linken hypertrophischen Tonsille vorsprang. Dieser vertical gestellte längliche Tumor misst circa 3½ Ctm. der Länge nach und 1½ Ctm. der Breite nach. Er ist zwischen Tonsille und hinterem Gaumenbogen eingezwängt und bedeckt letzteren vollständig. Seine obere Grenze überragt um einige Millimeter die Mandel und liegt ungefähr ½ Ctm. nach hinten und unten vom unteren Rand der Tube. Die untere Grenze entspricht dem unteren Theile der Tonsille. Die Geschwulst ist nicht gestielt, sie ist im Gegentheile breit aufsitzend und die Grenzen ihrer Basis sind schwer genau zu bestimmen. Ihre Oberfläche ist unregelmässig, höckerig und mit einem dünnen, glatten, durchsichtigen Epithel bedeckt. Die Geschwulst ist dunkelbraun, stellenweise schwarzblau gefärbt und scheint von fester Consistenz zu sein; man bemerkt an ihrer Oberfläche keine Pulsation; die Untersuchung mit dem Finger konnte nicht ausgeführt werden.

Vom unteren Theile des Tumors geht eine Fortsetzung aus, die gegen die hintere Rachenwand hinzieht und dort einen schwarzen, unregelmässigen, nicht vorspringenden, mit glattem Epithel bedeckten Fleck bildet. In der Mitte der hinteren Rachenwand besteht ebenfalls ein ähnlicher Fleck, ausgedehnter als der untere, aber von gleicher Farbe und gleichen unregelmässigen Conturen. Er wird von einer grossen, ausgeweiteten Vene durchfurcht.

Bisher hatte die Patientin von dem Vorhandensein ihrer Gefässgeschwulst keine Ahnung. Sie hatte niemals an einer Blutung, noch an anderen Störungen im Halse zu leiden gehabt. Im Gesichte findet man bei der Kranken einige zerstreute pigmentirte Naevi, sonst findet man aber am Körper der Kranken und ihrer Angehörigen nichts Abnormes.

In Anbetracht des Sitzes der Geschwulst, welche die Anwendung der Electrolyse (+ Pol) sehr schwierig gestaltet, glaubte ich um so weniger einen Eingriff anrathen zu sollen, als die Kranke wegen des Fehlens jeder Störungen schwerlich dazu ihre Zustimmung gegeben hätte.

So weit ich Nachforschungen angestellt habe, konnte ich in der Literatur keinen gleichen Fall auffinden.

M. Schmidt sagt blos in seinen „Krankheiten der oberen Luftwege", p. 503, dass Crocker eine Gefässgeschwulst beobachtet habe, die, hinter dem Gaumenbogen in die Höhe gehend, die Choane verdeckt, dass B. Fränkel eine bei einem älteren Manne beobachtete wallnussgrosse cavernöse Geschwulst angeführt und dass Loomis ein citronengrosses Angiom des Rachens beschrieben hat.

Digitized by Google

Bericht
über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung zu No. 8.)

12) Joél (Gotha): Leptomeningitis purulenta nach acuter Mittelohreiterung bei einem dreijährigen Kinde.

J.'s Fall betrifft ein Kind, welches nach Masern an rechtsseitiger Otorrhoe erkrankt und zunächst vom Hausarzte mit Ausspülungen behandelt war, bis eine stärkere Infiltration der Weichtheile hinter dem Ohr diesen veranlasste, das Kind specialistischer Behandlung zu überweisen. Die Aufmeisselung erwies den Warzenfortsatz bis in's Antrum mit Granulationen erfüllt, keine nachweisbare Caries der medialen oder oberen Antrumwand. Nach der Operation völlig normales Verhalten, keine Temperatursteigerung, keine Symptome von Facialisverletzung, noch Gleichgewichtsstörungen. Am fünften Tage nach der Operation plötzlich Erbrechen und hohes Fieber; allmählig bilden sich deutliche Hirnerscheinungen — Facialis- und beiderseitige Abducensparese, anhaltende Kopfschmerzen und leichte Delirien — aus, und am 19. Tage nach der Aufmeisselung tritt der Exitus ein.

Die Section wies eine ausgebreitete Meningitis der Basis mit geruchlosem grüngelblichen Exsudat, welches die Ventrikel stark dilatirt hatte und in den Wirbelkanal übergegangen war, nach, nirgends Tuberkelknötchen. Die Dura war überall normal, besonders fand sich dieselbe über dem Felsenbein ebenso wenig wie der Knochen irgendwo verfärbt; dagegen war der innere Gehörgang strotzend mit Eiter erfüllt, welcher Acusticus und Facialis frei umspülte. Da eine Entnahme des ganzen Felsenbeines unthunlich war, wurde nur die Paukenhöhle noch von oben eröffnet und in derselben Eiter gefunden.

Der eiterige Process war also von der Paukenhöhle aus, wahrscheinlich nach Zerstörung einer Fenstermembran, auf's Labyrinth übergegangen und war hier längs der Acusticusfasern in's Schädelinnere vorgedrungen. Dieser Weg ist um so auffallender, als die im Kindesalter präformirten Durchbruchsstellen, die Sutura petroso-squamosa und der Hiatus subarcuatus, intact waren.

Bei einem zweiten, zur selben Zeit beobachteten Kinde mit acuter Mittelohreiterung, welches im Anschluss an eine intercurrirende Influenza unter meningitischen Erscheinungen gestorben war, fand sich ebenfalls eine ausgedehnte eiterige Meningitis, das Schläfenbein aber bis auf die Eiterung der Paukenhöhle ganz intact; es muss also die Meningitis lediglich der Infuenza zur Last gelegt werden.

Zum Schlusse geht J. noch kurz auf die Lumbalpunction als Hilfsmittel für die Sicherung der Diagnose bei endocraniellen Complicationen von Ohreiterungen ein.

Discussion:

Kümmel (Breslau) fragt, ob nicht die Eiterung durch den Canalis

Digitized by Google

facialis fortgepflanzt wurde, ohne im Leben eine merkliche Facialislähmung verursacht zu haben, wie er dies in einem Falle beobachten konnte.

Joél meint, die erwähnte Ueberleitung der Eiterung auf das Schädelinnere kann wohl nicht sicher ausgeschlossen werden, doch spricht die Wahrscheinlichkeit nicht dafür, weil die ersten Facialissymptome nach den meningialen Erscheinungen auftraten.

Seligmann (Frankfurt a. M.) berichtet über einen Fall von Leptomeningitis in Folge Vereiterung eines verkästen Herdes am Scheitelbein; zu Folge einer Senkung auf den Warzenfortsatz täuschte die Schwellung eine Periostitis vor, doch das Mittelohr war intact.

Panse (Dresden) fragt betreffs der Vornahme der Fürbringerschen Lumbalpunction.

Brieger (Breslau) erwähnt die Wichtigkeit der Anfrage von Panse und glaubt, dass eine solche Punction als Richtschnur für eventuelle weitere Eingriffe dienen könne.

13) Stacke (Erfurt): Ueber eine Methode der Plastik zur Deckung der bei der operativen Freilegung der Mittelohrräume entblössten Knochenflächen.

Die Methode St.'s besteht darin, dass mehrere Lappen gebildet werden. Ein Hautlappen, dessen Basis nach oben liegt, wird bis über die Linea temporalis abpräparirt und nach oben umgeschlagen; derselbe besteht nur aus Cutis und lässt das Periost des Warzenfortsatzes unversehrt. Ein Periostlappen wird von der Linea temporalis nach unten bis zur Insertion des Kopfnickers mittelst Raspatoriums abpräparirt und nach unten umgeschlagen. Der längere Hautlappen wird von oben, der kürzere Periostlappen von unten in die freigelegten Mittelohrräume eingeschoben. Die Länge des Periostlappens ist von der Linea temporalis bedingt, da oberhalb derselben das Periost durch die Insertion des Schläfenmuskels unterbrochen ist. Steht nicht genug Periost über dem Warzenfortsatz zur Verfügung, zieht St. Periost vom Hinterhauptknochen zur Hilfe.

Ist das Periost angeheilt, hat man nur noch für die Ueberhäutung der in der Regel üppig granulirenden Wundfläche zu sorgen.

Diese Methode hat wohl eine persistente retroauriculäre Oeffnung zur Folge, doch kann dieselbe nach genügend lange controllirter Heilung plastisch geschlossen werden.

Discussion:

Kretschmann (Magdeburg) meint, dass eine einzeitig ausgeführte Transplantation einer zweizeitigen nur dann vorzuziehen wäre, wenn der Periostlappen eine spätere Atrophie der transplantirten Lappen verhindern würde. Keinesfalls dürfen die Lappen zu lang sein, da sonst die Anheilung gehemmt werden könnte, besonders wenn die Enden derselben auf das Epithel der Paukenhöhle zu liegen kommen.

Noltenius (Bremen) spricht sich gegen die Lappenbildung aus, man vermeide die persistente Oeffnung hinter dem Ohr. Mit der Körnerschen Methode kommt N. immer zum Ziele.

Stacke erwidert, er hätte nicht eine besondere Länge der Lappen befürwortet, sondern nur gemeint, dass man den Lappen nach seiner

Digitized by Google

Methode beliebig lang und breit nehmen kann, dies jedoch nur nach Bedürfniss zu geschehen hat. Im Aditus und Atticus hat nicht der Haut-, sondern der Periostlappen anzuheilen. Bei zweizeitigem Operiren erfordert der zweite Theil der Operation keine neuere Narcose, da man bei der Abtragung der Läppchen mittelst Cocain-Anästhesie gut fortkommt.

Bezüglich der Bemerkung von Noltenius staunt St., dass die Fälle mit der Körner'schen Lappenbildung in 4—6 Wochen ausheilen, da der Lappen nicht tief reicht und somit die Heilungsverhältnisse in der Tiefe kaum günstig zu beeinflussen vermag. St. hat sich selbst stets gegen die principielle Anlegung einer retroauriculären persistenten Fistel ausgesprochen. Durch die Periostüberpflanzung wird die gewöhnliche Heilungsdauer (3—4 Monate) auf die Hälfte herabgedrückt. Kleine Oeffnungen werden einfach aufgefrischt und vernäht, grosse Cholesteatomhöhlen können nach genügend langer Controlldauer osteoplastisch geschlossen werden. Die Hauptsache bleibt, den Knochen mit einer Decke zu versehen, welche den physiologischen Verhältnissen am besten entspricht, also mit Periost. Ueber sichere Erfolge wollte St. nicht berichten, sondern nur die Anregung zu Versuchen geben, welche bei Radicaloperationen angezeigt wären; doch ist es nöthig, in jedem Falle zu individualisiren, wie dies auch Körner für seine Methode meint. Mit der Siebenmann'schen Plastik kann St.'s Methode nicht verglichen werden, denn erstere ist eine persistente prophylactische Blosslegung des Krankheitsherdes zur Vorbeugung späterer Retentionen.

Zaufal (Prag) erwähnt, in letzterer Zeit die Körner'sche Methode vielfach angewendet zu haben und findet den Vortheil in der weiten Eingangsöffnung des äusseren Gehörgangs, von wo aus man die ganze Knochenhöhle und auch die fortschreitende Heilung übersehen kann. Durch die erweiterte Gehörgangsöffnung kann man auch die Thiersch'sche Transplantation nach Siebenmann vornehmen.

Leutert (Halle a. S.) erwähnt einen Fall von frühzeitiger Diagnose eines Cholesteatomrecidivs, bei persistenter retroauriculärer Oeffnung; in manchen Fällen kann also letztere ganz wünschenswerth sein.

Körner (Rostock) glaubt, dass für die Wahl der plastischen Methode der Operationsbefund maassgebend ist. Nur ist es angezeigt, den ersten Hautschnitt so anzulegen, dass man von ihm aus verschiedene Plastiken machen kann. Als besonderen Vortheil seiner Methode erwähnt K. die kurze Heilungsdauer von 70—80 Tagen. — Dass die Methode nicht entstellend ist, beweist K. durch einige Photographien.

Hansberg (Dortmund) erwähnt, bei chronischen Mittelohreiterungen in den letzten 4 Jahren in ca. 50 Fällen fast ausschliesslich nach Stacke operirt zu haben. Die Wunde hinter dem Ohre liess H. nach 5 bis 6 Wochen zuheilen und bis zur definitiven Heilung leitete er die Behandlung vom äusseren Gehörgange weiter. Die Ausheilung erfolgte nur langsam, trotzdem die Mittelohrräume ausgiebig freigelegt und alles Krankhafte gründlich beseitigt wurde.

Panse (Dresden) erwähnt, 13 Fälle von Lappenbildung schon im Jahre 1892 beschrieben zu haben; dieselbe entspricht genau der von Körner zwei Jahre später beschriebenen. Auch glaubt P. sein Verfahren

Digitized by Google

dadurch häufiger anwenden zu können, dass er bei Caries an der Spitze diese allein für einige Zeit von aussen tamponirt und die übrige Wunde näht.

Brieger (Breslau) glaubt als Vorzug der Körner'schen Methode erwähnen zu müssen, dass sich hier die functionellen Resultate günstiger gestalten.

III. Sitzung Sonntag, den 2. Juni, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Zaufal (Prag).

14) Körner (Rostock) und Jansen (Berlin): Ueber die Operationsmethoden bei den verschiedenen otitischen Gehirncomplicationen. (Referat.)

Körner entwirft einen historischen Ueberblick bezüglich der allgemeinen Grundsätze bei der Behandlung otitischer intracranieller Eiterungen und des Hirnabscesses, besonders hervorhebend die Verdienste von Schede, Macewen und v. Bergmann um diesen Gegenstand.

Jansen theilt in einem längeren Vortrage Folgendes mit (Autoreferat):

Für diejenigen Fälle, welche die Symptome der intracraniellen Eiterung bieten, aber eine genauere Diagnose nicht zulassen, ist es wichtig zu wissen, in welcher Häufigkeit die verschiedenen Erkrankungen vorkommen.

Aus den Krankengeschichten der Berliner Ohrenklinik während der letzten 3½ Jahre konnte Jansen unter 184 noch nicht publicirten intracraniellen Eiterungen

144 Mal extradurale Abscesse aufzeichnen,
35 Mal Sinus transversus-Thrombose,
5 Mal Hirnabscess.

Von extraduralen Abscessen lagerten 161 Mal die Eiterungen in der hinteren Schädelgrube und 38 Mal in der mittleren, 14 Mal waren beide Gruben betheiligt.

Daraus folgt, dass die extraduralen Eiterungen weitaus die häufigste Complication bei den Mittelohreiterungen und ganz besonders bei der acuten Form sind.

Die extraduralen Eiterungen in der hinteren Schädelgrube überwiegen die in der mittleren etwa um das 5fache; bei den chronischen Formen stellt sich das Verhältniss fast wie 2 : 1. Auch die Kleinhirnabscesse überwiegen in unseren Beobachtungen etwas die im Schläfenlappen (11 : 8).

Diese Zahlen geben uns wichtige Anhaltspunkte für die Art des operativen Vorgehens.

In Fällen mit zweifelhafter Diagnose eröffnet man somit zunächst die hintere Schädelgrube im Anschluss an die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und forscht der Reihenfolge ihrer Häufigkeit entsprechend nach perisinuösem Abscess, Sinusthrombose, Kleinhirnabscess.

Nach Darlegung der Operationsmethode geht Jansen auf die epitympanischen Eiterungen über, bei denen häufig die Entfernung des Tegmen tympani vom Warzenfortsatz aus genügt.

Bei grösserer Ausdehnung empfiehlt Jansen die Eröffnung der mittleren Schädelgrube nach den Vorschlägen v. Bergmann's, aber im

Digitized by Google

Anschluss an die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Bei Pachymeningitis int. muss die Dura incidirt werden und bei circumscripter Arachnitis pur. Dura und Arachnoidea zusammen.

Eine ausführliche Besprechung widmet Jansen einer dritten Form von extraduralen Abscessen, die vom Vorhof durch die Canäle an die hintere obere Kante durchbrechen und deren Prognose in Folge ihrer tiefen Lage ungünstig ist. Diese tiefen Abscesse kommen meist im Anschluss an Mittelohreiterungen vor und sind verhältnissmässig selten. Um diese Eiterherde freizulegen, ist es nöthig, die mittlere Schädelgrube von der Schuppe aus zu eröffnen und sowohl die obere wie die hintere Wand des Warzentheiles bis an den Labyrinthkern fortzunehmen. Doch das genügt nicht. Da die Labyrintheiterung in diesen Fällen sehr destructiven Character hat und die Arachnoidea in grosse Gefahr bringt, so empfiehlt Jansen die Eröffnung des Vorhofes im Anschluss an die Freilegung des extraduralen Abscesses und beschreibt die Methode.

An der Hand eines von ihm anfänglich mit schönem Erfolg behandelten Falles von tiefem extraduralen Abscess labyrinthären Ursprunges sucht J. die Richtigkeit seines Vorschlages zu beweisen.

Dieselbe Operationsmethode empfiehlt J. bei denjenigen Kleinhirnabscessen, bei denen die Eiterung aus dem Vorhofe resp. den Canälen auf das Hirn fortgeschritten ist und weiterhin auch bei denen, bei welchen eine Vorhofseiterung mit Sicherheit diagnosticirt werden kann. Nach dieser radicalen Eröffnung der mittleren und hinteren Schädelgrube, unter Entfernung der hinteren und oberen Wand des Warzentheiles und Beseitigung der Canäle und des hinteren Abschnittes vom Vestibulum, hat man ein breites Operationsterrain für die Eröffnung der Kleinhirnabscesse an der vorderen Fläche des Cerebullum.

Nach derselben Methode, aber ohne das Labyrinth anzugreifen, hat J. in letzter Zeit 2 Mal die Abscesse im Schläfenlappen durch 5—6 Ctm. lange Incision an der unteren Fläche eröffnet mit gutem Erfolg einmal, einmal mit vorübergehendem.

Ein Vortheil dieser Methode liegt unter Anderem darin, dass selbst tief gelegene Fisteln noch gefunden werden, dass noch die Sinusthrombose von derselben Wunde aus operirt werden kann und dass nach erfolgter Heilung nur ein geringer Theil der Dura nach aussen zu Tage liegt, der grössere Theil dagegen der Höhle im Schläfenbein zugekehrt ist.

Bei der Eröffnung der hinteren Schädelgrube, im Anschlusse an die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, präsentirt sich der am meisten befallene Abschnitt des Sinus sigm. zu allererst. Wenn er sich frei zeigt, möge man sich erinnern, dass der Abschnitt am Bulbus jugul. befallen ist oder der Bulbus selbst. Die Eröffnung geschieht am zweckmässigsten mit Meissel und Knochenzange. Der Sinus wird zum Foramen jug. hin freigelegt, so weit er sich septisch zeigt, und nach hinten bis über den thrombosirten Abschnitt, wenn es nöthig wird, bis zum Torculor heroph. So weit die septische Beschaffenheit reicht, wird er incidirt und die äussere Wand fortgeschnitten. Geht der septische Thrombus auf die Jugularis über, so ist nach J. die Unterbindung der Jugularis zweifellos angezeigt, ferner in den Fällen, wo nach der Eröffnung des Sinus die Pyämie fortbesteht. In den Fällen, wo die Thrombose auf den Sinus beschränkt ist, hält J. im Allgemeinen die Sinus-Eröffnung für

Digitized by Google

ausreichend. Die Verhältnisse liegen nach Thrombosirung des Bulbus gar nicht so günstig für eine Verschleppung.

Durch einfache Entleerung des perisinuösen Abscesses gelingt es noch, den bereits gebildeten Thrombus vor dem Zerfall zu schützen. Bestimmend für den Erfolg ist vor Allem die Schwere der Infection, ein Moment, welches in den statistischen Tabellen zur Berechnung des Werthes der verschiedenen Operationsmethoden nicht ausgedrückt ist.

Zum Schlusse theilt Jansen die Resultate mit, die an der Berliner Ohrenklinik erzielt sind.

Discussion:

Brieger (Breslau) empfiehlt auf Grund eigener Erfahrung probatorische Eröffnungen der Dura nach temporärer Schädelresection; der Befund war in dem betreffenden Falle negativ, worauf der Hautknochenlappen reponirt wurde und nach kurzer Zeit anheilte.

Panse (Dresden) erwähnt im Gegensatze zu Körner, dass Macewen stets am Orte der Wahl operirt und nur wenn Drainage nothwendig ist, eine Gegenöffnung nach dem Tegmen anlegt.

Kretschmann (Magdeburg) meint, den Sinus möge man nicht immer mit dem scharfen Löffel ausräumen, denn gelegentlich der leicht erstehenden Blutung könnte leicht eine neue Infection erfolgen. Man soll eher nach der ausgiebigen Excision der Sinuswand abwarten, bis sich die Thrombusmassen selbst entleeren.

Joél (Gotha) tritt für die Eröffnung der Schädelhöhle nach breiter Freilegung der Warzenfortsatzhöhle ein, denn dieses Vorgehen vermag Anhaltspunkte für die Weiterverbreitung des eiterigen Processes zu geben.

Auch stellt J. zugleich zwei von ihm in Bonn besprochene Fälle (Hirnabscess und Hirnödem) vor; beide sind dauernd gesund geblieben. Der geheilte Abscess bedarf keines Schutzes, trotzdem Pat. als Zimmermann schwer zu arbeiten hat; der Knabe mit dem Hirnödem (Meningitis serosa [Quincke]) trägt dauernd eine Pelotte.

Hansberg (Dortmund) fragt Jansen, ob er bei breiter Freilegung des Gehirnabscesses nicht einen Hirnprolaps bekommen habe? — H berichtet nämlich über einen solchen Fall von Schläfenlappenabscess, in welchem eine Oeffnung in der Schuppe von der Grösse eines Dreimarkstückes ausgemeisselt und nach Abtragung der Decke des Gehörgangs bis zum Tegmen tympani der Abscess breit eröffnet wurde; am fünften Tage entstand ein Hirnprolaps, welcher nach 14 Tagen zu einer Meningitis führte, die letal endete.

Kümmel (Breslau) fragt nach Erfahrungen über die Schädlichkeit der Probepunctionen resp. Probeincisionen. Bei Sectionen gewann K. den Eindruck, als ob zahlreiche Punctionsstiche, dicht aneinander ausgeführt, hämorrhagische Erweichungen bereiten würden.

Barth (Marburg) meint, dass man einen Hirnprolaps, welcher bei der Heilung nicht zurückgehen will, abtragen könne, ohne dass dies Schädigungen zur Folge hätte. — Auch richtet B. die Frage an Jansen, in wie vielen Fällen in der Berliner Ohrenklinik, nach Erkrankung des Gehirns und seiner Häute, mit negativem Erfolge operirt wurde und in wie vielen Fällen erst die Eröffnung des Warzenfortsatzes und dann, in einer späteren Sitzung, die der Schädelhöhle vorgenommen wurde.

Digitized by Google

Kessel (Jena) reflectirt auf die operativen Eingriffe in das Labyrinth, welche beweisen, dass es ein sechstes Sinnesorgan nicht giebt, da in keinem Falle Gleichgewichtsstörungen entstanden waren. Die klinischen Erscheinungen hat man auf die Ventrikel zurückzuführen, wofür es auch anatomische Anhaltspunkte giebt.

Körner freut sich über die Uebereinstimmung bezüglich der wesentlichen Fragen über die Behandlung der Hirnabscesse. — Auf Kümmel's Anfrage kann K. nur so viel betonen, dass die Probe-Incisionen bei verdickter Dura schädlich sein können, ebenso muss man darauf achten, dass man keine Infectionsstoffe in die Tiefe einführe.

Jansen antwortet Kretschmann, dass er den Löffel nur bei septisch zerfallenen Thromben gebraucht, bei soliden Thromben hingegen ebenfalls perhorrescirt. — Bezüglich der von Hansberg erwähnten Hirnprolapse meint J., dass er solche wohl beobachtete, dieselben können auch bedrohlich werden, wenn die vorgefallene Hirnsubstanz in Folge von Umschnürung durch die enge Duraöffnung zum Gangrän neigt; bei bestehender Eiterretention wird der Prolaps zur Meningitis führen. — Was die von Kümmel erwähnte Anfrage über die Punctionen betrifft, fand J. keine besonderen Nachtheile derselben, wenn diese mittelst Troicart gemacht wurden. — Barth antwortet J., dass in einer Reihe von Fällen mit unsicherer Diagnose vergeblich operirt wurde; in einem Falle wurde der Schläfelappen mit Incision, das Kleinhirn mit Troicart eröffnet und Patientin lebt heute noch mit ihrer schweren Hysterie. In mehreren Fällen gelang es erst durch eine Nachoperation, den cerebralen Eiterherd zu finden. — Auf die Bemerkung Kessel's meint J., dass seine Erfahrungen sich nur auf solche Fälle bezogen, wo das physiologische Labyrinth zu Grunde gegangen war und nur durch Eiter oder Granulationen ersetzt war; in den Fällen, wo ein gesundes Labyrinth verletzt wurde, stellten sich fast immer Schwindel, Erbrechen, Nystagmus etc. ein.

Joél erwähnt, in dem demonstrirten Falle von Meningitis 12 tiefe concentrische Incisionen in das Gehirn gemacht zu haben und es trat blos sensorische Aphasie ein, welche sich jedoch nach 4 Wochen zurückgebildet hat. — Jansen gegenüber giebt er zu exploratorischen Punctionen stets dem Messer und nicht dem Troicart den Vorzug.

Kümmel will der Punctionsnadel den Vorzug geben, da bei breiter Incision die leicht entstehende Blutung das Auffinden des Abscesses vereiteln könnte; übrigens punctirt K. bei verdächtiger Dura erst nach breiter Eröffnung derselben.

Letzteres erwähnt auch Barth zu thun.

Hansberg erinnert an die Blutungen, welche durch Verletzung des Plexus choroideus entstehen können und empfiehlt deshalb eher die Spritze, jedoch mit weitem Kaliber.

Zaufal (Prag) erwähnt, dass durch die entzündete Dura, auch bei der Punction, Entzündungskeime in die Meningen und in die Gehirnsubstanz gerathen können, wie dies Z. in dem auf der Naturforscherversammlung in Nürnberg mitgetheilten Falle beobachtete. An Serienschnitten von Sinusthrombose fand Z. den Querschnitt des Sinus kleiner als gewöhnlich, so dass man bei schiefen Einstichen leicht die Gehirnwand des Sinus und das Kleinhirn verletzen könnte. Endlich erwähnt

Digitized by Google

Z., auch an Serienschnitten von sogen. gutartiger Sinusthrombose, ohne septo-pyämische Erscheinungen, hier und da grössere und kleinere Herde eiterig zerfallener Thrombuspartien gefunden zu haben, so dass man auch in diesen Fällen, bei Verletzung des Gehirns, durch die Punctionsnadel eine Infection nicht vermeiden kann.

Jansen antwortet, dass die Gefahr, durch den Sinus und die Hirnsubstanz zu stechen, nicht drohend ist.

15) O. Wolf (Frankfurt a. M.): Eisen, Blei, Silber und Quecksilber in der Ohrenheilkunde.

W. giebt in seinen Mittheilungen einerseits die medicamentöse Wirkung dieser Metalle auf gewisse Ohraffectionen, andererseits aber schildert er eingehend die Schädlichkeiten, mit welchen die Intoxicationen mittelst derselben, speciell betreffs der Ohrsymptome einhergehen.

Eisen empfiehlt W. bei trophischen Störungen des Hörnervenapparates, welche durch Anämie und Chlorose verursacht werden. Am besten bewährte sich W. das Ferrum hydrogenio reduct. zur Hälfte mit Sacch. alb., eine Messerspitze voll nach der Suppe; die Störungen im Hörnervenapparat pflegen hierauf in zahlreichen Fällen zurückzugehen, oder es treten die lästigen subjectiven Geräusche in den Hintergrund. Stahlwässer und -Bäder pflegen bei Anlage zu Labyrinthstörungen das Sausen und die Schwindelanfälle zu vermehren, was dem Kohlensäuregehalte zuzuschreiben ist. Fellow's Syr. hypophosph. regt Appetit und die Verdauung an und wirkt in der Reconvalescenz nach erschöpfenden Krankheiten gut.

Intoxicationen mit Blei pflegen, wie dies W. an der Hand einiger interessanter Krankengeschichten illustrirt, mit unruhigem Schlaf, Schwindelgefühl, Sausen und langsamer, aber stetiger Abnahme des Gehörvermögens einherzugehen. In den acuten Fällen handelt es sich hier um seröse Exsudate, welche auf therapeutischem Wege zur Resorption gebracht werden können, ohne dass es zur Degeneration der Schneckenfasern kommt, welch' letztere, in Folge der trophischen Störungen, bei chronischen Fällen einzutreten pflegt. Erfolgreich bewiesen sich W. bei solchen Intoxicationen grosse Gaben von Kali jodat., warme Bäder mit nachherigem Schwitzen und Jodäther-Einblasungen in die Paukenhöhle.

Die medicamentöse Verwendung des Bleies als Plumbum aceticum zu Instillationen durch den äusseren Gehörgang eignen sich für Eczem des äusseren Gehörganges; bei Paukenhöhlen-Eiterungen vermögen dieselben die Secretion nicht dauernd zu vermindern und besitzen auch noch den Nachtheil, in der Paukenhöhle schwer lösliche Niederschläge von Bleialbuminaten und Bleisulfaten zu bilden.

Silber enthaltende Färbemittel pflegen bei längerer Anwendung vorzugsweise subjective Geräusche höherer Töne zu verursachen, wie dies schon Sapolini nachwies.

Bezüglich der medicamentösen Verwendung des Silbers in dem Arg. nitric. empfiehlt W. das auf Silberdraht aufgeschmolzene Kügelchen von Lapis mitigatus zum Aetzen corrodirter Stellen im Gehörgang und an der Muschel. Der von Schwartze zur Cauterisation aufgelockerter Paukenhöhlenschleimhaut empfohlenen Lapislösung zieht W. die Behandlung mit Sublimatspiritus vor.

Digitized by Google

Quecksilber-Intoxicationen gehen mit ähnlichen Symptomen im schallempfindenden Apparate einher, wie die acute Form von Labyrintherkrankung durch Blei. In einem Falle, wo wegen Keratitis innerhalb 5 Wochen 50 Quecksilberinunctionen à 3 Gramm, ohne eigentliche Controle, gemacht wurden, hatte eine früher schon bestandene Schwerhörigkeit sich rapid verschlimmert. W. machte hier Einblasungen von Jodäther in die Paukenhöhlen, verordnete Kal. jod. innerlich in steigender Dosis, bis zu 1 Gramm pro die, machte jeden zweiten Tag eine Pilocarpininjection (0,001—0,003), worauf wohl eine wesentliche Besserung des Gehörvermögens erfolgte, doch später trat wieder eine Verschlimmerung ein, bald darauf abermals eine Verbesserung, und endlich erfolgte die Heilung nach einer 8 Wochen lang dauernden Kneipp-Cur in Wörrishofen; W. glaubt, dass die frische Bergluft, die Pflege der Haut, die vielen Bewegungen, die einfache Kost und ähnliche Umstände die Resorption der Exsudate lebhaft anregten und zur Genesung des Patienten wesentlich beitrugen.

Bei syphilitischen Erkrankungen des Ohres sah W. nie erhebliche Erfolge einer Inunctionscur. Hingegen empfiehlt W. den Sublimatspiritus (0,10 : 100,0) zu Einträufelungen und Durchspülungen der Paukenhöhle. Derselbe verursacht eine Abschwellung und Secretionsbeschränkung der Paukenhöhlenschleimhaut und kann auch in acuten Fällen von Mittelohreiterungen angewendet werden, wenn die ersten hochgradigen Entzündungserscheinungen vorüber sind. Das Mittel eignet sich zur Desinfection des Gehörganges und der Paukenhöhle, vor und nach dem Auskratzen von Granulationen oder cariösen Stellen, ebenso bewährt es sich auch zur Nachbehandlung, mit genügender Ausdauer angewendet. Endlich bewährte sich der Sublimatspiritus W. bei Otitis externa aspergillina, bei Gehörgangsfurunculose und zur leichteren Lösung und Entfernung von Cholesteatommassen.

Discussion:

Szenes (Budapest) erwähnt bezüglich des Bleies, dass kalte Ueberschläge mit reinem Bleiwasser oder Aqua Goulardi bei acuten Exsudaten der Ohrmuschel, besonders in erster Zeit, sehr gute Dienste leisten; sind die erstlichen Entzündungserscheinungen zurückgegangen, kann man auf die Salbenbehandlung des Eczems übergehen.

Die von W. gerühmten Erfolge mit dem 1%igen Sublimatalcohol kann Sz. ebenfalls bestätigen, nur möchte er die Schmerzhaftigkeit solcher Instillationen erwähnen, die wohl nur eine halbe Minute dauert, jedoch erheblich ist. Hinzugefügtes Cocain nützt in solchen Fällen nichts, und es lohnt sich, bei sehr empfindlichen Individuen vorher eine Instillation mit 10procentiger Cocainlösung zu machen, nach wenigen Minuten erfolgt die Anästhesie und nach sorgfältigem Austrocknen wird der eingeträufelte Sublimatspiritus keine Schmerzen verursachen. Sowohl der Alcohol, wie auch das Sublimat wirken antiseptisch; doch glaubt Sz. die günstigen Erfolge eher auf die Wirkung des absoluten Alcohols zurück zu führen, wonach derselbe die das Wasser bildenden Elemente dem Gewebe entzieht und somit austrocknend wirkt.

Stimmel (Leipzig) erwähnt, ähnliche Erfolge wie W. vom Sublimatalcohol durch Hydrarg. oxyd. cyanat. + Alcohol. absol., sowohl

Digitized by Google

bei chronischen als acuten Mittelohreiterungen, erzielt zu haben; noch günstiger scheint ihm der Gebrauch desselben abwechselnd mit einer 2procentig. Resorcinlösung. — In vielen Fällen von Mittelohreiterungen schien St. die vorsichtige Anwendung der Luftdouche unentbehrlich, von der er in seiner 20jährigen Praxis nachtheiligen Einfluss nie, wohl aber wesentlichen Nutzen sah. Im Widerspruche mit den ungünstigen Erfahrungen Wolf's mit der Inunctionscur bei Luës des Gehörorganes stehen St.'s Erfahrungen; häufig sah St. den Erfolg der Schmiercur erst spät eintreten, weshalb er auch annimmt, dass in dem erwähnten Falle W.'s der Erfolg eher der Schmiercur zugeschrieben werden muss und Kneipp noch weniger schuld ist, als W. ihm zumuthet. — Von Jodkalium sah St. bei Luës des inneren Ohres keine Erfolge.

Noltenius (Bremen) beanstandet den von Wolf gebrauchten Ausdruck „Durchspülung der Paukenhöhle" für eine „Eingiessung von aussen bei gleichzeitiger Anwendung der Luftdouche".

Reinhard (Duisburg) empfiehlt, bei Luës des inneren Ohres die Quecksilbereinreibungen mit Pilocarpininjectionen zu combiniren. — Auch befürwortet R. das Aluminium, indem er bei Otitis externa die essigsaure Thonerde zu Ausspülungen und Einträufelungen empfiehlt.

Dennert (Berlin) empfiehlt die Anwendung von Eisen und anderen tonisirenden Mitteln in Fällen von hartnäckigen Eiterungen; schon aus humanitären Gründen sollte man die operative Behandlung nur auf solche Fälle beschränken, wo eine directe Indication vorliegt.

16) Szenes (Budapest): Sollen wir uns in acuten Fällen gegenüber der Indication von Warzenfortsatz-Operationen conservativ oder radical verhalten?

Wenn auch die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes heutzutage von jedem modernen Ohrenarzte als „Conditio sine qua non" seiner Thätigkeit betrachtet werden muss, und nach chirurgischer Vorschrift ausgeführt, kaum etwas Bedenkliches an sich hat, soll die Operation dennoch nur als ultimum refugium hingestellt werden, wenngleich als certissimum, da man durch die günstigen Erfolge des Operirens leicht von anderen Extremen hingerissen werden könnte, und auch dort operiren will, wo es nicht unbedingt nothwendig ist. Die Operation für den einzelnen Fall kann immer nur bei grosser Erfahrung mit Sicherheit bestimmt werden (Schwartze), und Sz. meint, dass solche Erfahrungen nur an solchen Fällen instructiv sein können, welche man vom Beginne, wo selbst die geringsten Spuren einer Mitaffection des Warzenfortsatzes noch fehlen, bis zur vollkommenen Genesung beobachtet hat. In Fällen, wo Sz. Anfangs nur die primäre Paukenhöhlenerkrankung sah, später aber, während und trotz seiner Behandlung, die consecutive Miterkrankung des Warzenfortsatzes nicht ausblieb, wurde das operative Einschreiten seltener nothwendig, als in solchen Fällen, welcho er schon bei bestandener Mitaffection des Warzenfortsatzes zum ersten Male sah.

Sz. theilt in extenso die Krankengeschichte eines Falles mit, wo sich der acuten Otitis media, trotz sofortigen Einschreitens (Paracentese, Blutegel, Antiphlogose), die characteristischen Symptome des Warzenfortsatzempyems (profuse Secretion, rahmiges Secret, Druckempfindlichkeit, aufgetriebener Knochen, schlitzförmige Verengerung der Gehörgangs-

Digitized by Google

lichtung, gefüllt mit Wucherungen) entwickelten, und es erfolgte dennoch ohne Operation eine Restitutio ad integrum im strengsten Sinne des Wortes.

Sz. will durch diesen Fall nicht in geringstem Maasse Stellung genommen haben gegen das operative Einschreiten, auch denselben nicht mitgetheilt haben, um zu beweisen, dass man etwa Kunststücke ohne Operation ausführen kann, sondern eher, um einen Beleg dazu zu liefern, wie schwer es manchmal werden kann, die vollkommen unbedingte Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes vor sich selbst zu verantworten. Man soll in puncto des Operirens und Nichtoperirens bei acuten Fällen weder zu conservativ, noch zu radical sein, sondern möglichst sich an die goldene Mittelstrasse halten.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

a) Otologische:

Versuch der Bildung eines künstlichen Gehörgangs bei angeborenem Mangel des äusseren Gehörgangs und beiderseitiger mangelhafter Entwicklung der Ohrmuschel. Von Dr. Ernst Váli. (Arch. f. Ohrenheilkunde XXXIII, II.)

Der Versuch fiel, wie vorausgesehen wurde, resultatlos aus, da eine dicke Knochenmasse die Gegend des äusseren Gehörgangs einnahm.

Gomperz.

Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1890 bis 31. März 1891. Von Dr. Rudolf Panse. (Ibidem, III.)

Es wurden 1605 Patienten behandelt, in der stationären Klinik 184. Unter den 1636 Krankheitsformen figurirt die acute eitrige Mittelohrentzündung mit 214, die chronische mit 295 Fällen. In der Operationstabelle interessirt vor Allem die Anzahl der Antrumaufmeisselungen: „67“, der durch den Gehörgang ausgeführten Hammerexcisionen: 29, davon 14 Mal mit Ambossextraction. Von diesen 14 Fällen heilten 6 mit dauerndem Erfolg, 12 Mal gelang es nicht, den Amboss mit zu extrahiren. Trotzdem heilten auch von diesen 12 Fällen 6, was Pause auffallend findet; als Curiosum erwähnt Pause, dass in einem Falle, wo die Hammerambossexcision misslang, trotzdem eine jahrelang bestehende stinkende Eiterung aufhörte.

Referent kann diese Ereignisse weder auffallend, noch curios finden, da sich eben eine Anzahl derartiger Fälle ohne Operation heilen lässt.

Von den 7 Todesfällen des Berichtsjahres sind 3 in einer Dissertation von Hertzog bearbeitet; die übrigen 4 bringt Panse mit sorgfältigen, sehr lehrreichen Krankengeschichten nebst Sectionsbefunden. Eine Section lieferte ein Präparat, wo sich die Verwachsung eines 30

Digitized by Google

Tage vorher nach Stacke implantirten Lappens in schon sehr vorgeschrittenem Stadium zeigte. Der Knochen war überall von jungem Bindegewebe bedeckt, das sich in die Spalten der Spongiosa fortsetzte und das Epithel des Gehörganges hatte seine Ausläufer selbst nach den entferntesten Parthien der Höhle gesandt.

Die tabellarische Uebersicht über die Aufmeisselungen des Antrum ergiebt:

Geheilt 27, gebessert 15, ungeheilt 3, Erfolg unbekannt 3, in Behandlung verblieben 13, gestorben 6.

In dem Berichtsjahre wurde auch Koch's Heilmittel gegen Tuberculose in einigen geeigneten Fällen versucht, ohne dass eine deutliche Beeinflussung des Processes hätte constatirt werden können.

Auch Jaenicke's Tetraborsäure wurde bei zahlreichen Fällen monatelang methodisch und consequent versucht; aber nur ausnahmsweise konnte eine Beeinflussung des Krankheitsprocesses durch dieselbe constatirt werden.

Gomperz.

Beitrag zur Hammer-Amboss-Excision. Von Dr. C. Reinhard*). (Ibidem, VII.)

Der Autor stimmt mit Stacke betreffs der Indicationen für die Hammer-Amboss-Excision überein und knüpft an die Indication seinen Vortrag an, durch welche die Operation zur Heilung der chronischen Eiterung des Atticus empfohlen wird, ohne Rücksicht auf das noch vorhandene Hörvermögen. Nach ausführlicher Schilderung der Symptomatologie und Diagnostik dieser hier in Betracht kommenden Formen der Otitis med. suppur. chronica legt Reinhard dar, dass, so lange man nicht die engen Abflusswege des Eiters aus dem oberen Trommelhöhlenraume erweitert und womöglich alle erkrankten Partien des Knochens wegschafft, selbst die sorgfältigste Behandlung ohne Erfolg sei.

Die nothwendige Erweiterung erreiche man durch die Ausschneidung des Trommelfelles mit dem Hammer, wozu auch die Extraction des Amboss getreten ist; aber der Aufgabe, alle erkrankten Knochenpartien des Atticus vom Gehörgange aus zu entfernen, sei nicht immer möglich nachzukommen; doch gelingt es nicht selten auch in solchen Fällen, durch eine consequente Nachbehandlung die Eiterung zum Stillstand zu bringen.

Bei 23 Fällen von Atticuseiterung, wo keinerlei Symptome auf eine Betheiligung des Warzenfortsatzes hinwiesen, excidirte R. den Hammer, in 16 von diesen Fällen auch den Amboss, und erzielte 15 Heilungen, wobei R. erwähnt, er verstehe unter Heilung einer chronischen Eiterung das Trockenbleiben mindestens während eines halben Jahres. In der Mehrzahl der geheilten 15 Fälle trat schon nach 1—3 Wochen Vernarbung ein; hörte die Eiterung nach dieser Zeit noch nicht auf, so übte Reinhard jetzt die Ausspülungen mittelst Antrumcanülen, wonach bald eine Verringerung und schliesslich das völlige Aufhören der Eiterung zu constatiren war.

---

*) Vortrag, gehalten in der Section für Ohrenheilkunde auf der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Halle a. S.

Digitized by Google

Die in vielen Fällen der Atticuseiterung bestehenden Ohrenschmerzen, welche in die ganze Seite des Kopfes ausstrahlten, Druck und Eingenommenheit im Kopfe schwanden fast sofort nach der Excision der Gehörknöchelchen.

Die Gehörsfunction wurde in der Hälfte der Fälle gebessert, in der anderen Hälfte blieb sie gleich.

Reinhard empfiehlt, beim Fehlen von Warzenfortsatzerscheinungen die Operation immer vom Gehörgange aus vorzunehmen; wenn sich nach längerer Zeit die Unmöglichkeit der Heilung auf diesem Wege ergiebt, nimmt er die Eröffnung des Antrums vor.

Zum Schlusse seines Vortrages fordert Reinhard die Fachgenossen auf, mit Uebergehung aller bisher als erfolglos bekannten Behandlungsweisen sogleich nach Erkennung des otoscopischen Befundes zum chirurgischen Eingriff zu schreiten.

Referent glaubt, dass der Autor hier zu weit gehe; sicherlich ist das operative Vorgehen für eine Reihe der Atticuseiterungen unerlässlich, ebenso sicher ist es aber, dass ein grosser Theil der auf den oberen Trommelhöhlenraum beschränkten Eiterungen durch die conservative Behandlungsmethode zur Heilung zu bringen ist, allerdings nur mit völliger Beherrschung der hierbei erforderlichen Technik. So wie R. nicht gleich das Antrum aufmeisselt, sondern erst dann, wenn trotz Hammer-Amboss-Excision und längerer Nachbehandlung die Eiterung fortbesteht, so kann auch gefordert werden, nicht gleich die Hammer-Amboss-Excision vorzunehmen, sondern den Erfolg einer kunstgemässen conservativen Behandlung abzuwarten. Auch bei dieser, oft schon nach der ersten Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle, schwinden mit einem Schlage sämmtliche subjective Beschwerden und die Function des Gehörorganes wird erhalten; hat man erst eine Reihe von derartigen Fällen ohne Operation unter Wiederherstellung eines fast normalen Hörvermögens dauernd geheilt, und das Andauern der erzielten Heilung nicht nur ein halbes Jahr, sondern ein halbes Decennium und noch länger controlirt, dann wird man das Unrichtige des Sofort-Operirens einsehen, wo mit der Herausnahme des Hammers und Ambosses ein grosser Theil des Hörvermögens achtlos zu Grunde gerichtet wird.

Liegen Complicationen vor, welche jeden Aufschub als unverantwortlich erscheinen lassen, oder deutliche Symptome einer ausgedehnteren Antrum- oder einer Warzenfortsatz-Erkrankung, dann muss sofort operirt werden. Gomperz.

Zur Bedeutung des Schallquantums für die Hörprüfung. Von Dr. Hermann Dennert. (Ibidem XXXIV, VI)

Der Autor empfiehlt die Berücksichtigung der Quantität des Schalles neben der Intensität desselben für Zwecke der Hörprüfung und illustrirt ihre Zweckmässigkeit an folgender, von ihm geübten Untersuchungsmethode:

Er benützt in der Hauptsache zwei Stimmgabeln, C und C_4, ohne dabei auf Töne aus den anderen Octaven ganz zu verzichten. Die C-Stimmgabel trägt an jeder Zinke eine Scheibe von 10 Ctm. Durchmesser und 85 Gramm Gewicht, mit welcher Armirung sie schneller ausschwingt, bei stärkerer Intensität des Tones. Die C_4-Gabel bringt D. mit einem

Digitized by Google

Elfenbeinhämmerchen, die C-Gabel mit einem Percussionshammer derart zum Tönen, dass erstere 20—25 Secunden, letztere 30—40 Secundne lang von einem feinen Ohr intermittirend gehört wird, wenn sie, in der Anfangsintensität schwingend, in einer Bewegungsbreite von 20 Ctm ein Mal in der Secunde pendelförmig vor dem äusseren Gehörgang vorübergeführt wird, derart, dass dieser in der Mitte dieser Bewegungsbreite liegt. Die Secundenanzahl, während welcher die Gabel gehört wird, wird notirt. Wird die Gabel nicht mehr intermittirend gehört, so wird der Ton von Neuem vernommen, wenn man jetzt ein grösseres Schallquantum als vorher bei dem regelmässig intermittirenden Typus auf das Gehörorgan einwirken lässt. Dabei hört ein normales Ohr die C_4-Gabel noch ca. 4, die C-Gabel noch ca. 15 Secunden. Die Verwendung dieser Methode bei Schwerhörigen lässt die Veränderung des Hörvermögens nach der Breite der hohen und tiefen Töne ermessen.

D. findet diese Methode der Hörprüfung angenehmer für das Gehörorgan und hält dabei die Beurtheilung der Hörschärfe für die betr. Stimmgabel leichter; Täuschungen sind viel schwerer möglich; Veränderungen der Hörschärfe lassen sich mit dieser Methode zweckmässig controliren. Gomperz.

Gehirnsarcom fälschlich als Gehirnabscess diagnosticirt und operirt. Von Gesselewitsch und Wanach. (Botkin's Hospitalzeitung No. 7, 1895 [russisch].)

Es bestand intra vitam rechtsseitige Otorrhoe, Pulsverlangsamung, Stauungspapille, ausserdem Empfindlichkeit und Hautödem über dem rechten Ohr, jedoch kein Fieber. Man sei daher mit der Diagnose Hirnabscess vorsichtig. Gorodecki.

---

b) Rhinologische:

Ueber die Behandlung von Nasenscheidewandverbiegungen mit der Trephine. Von Dr. Kretschmann in Magdeburg. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 360, 1895.)

Besprechung der Vorzüge und Schattenseiten des von M. Schmidt in seinem Lehrbuche „Die Krankheiten der oberen Luftwege etc.", pag. 457, und von Spiess im Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, pag. 282, warm empfohlenen, mit dem obengenannten Apparate ausgeübten Verfahrens der Entfernung von Septumdeviationen. Beschorner.

Adenoide Wucherungen bei Kindern. (Adenoid growths in children.) Von Eustace Smith, M. D., London. (Lancet, 25. Mai 1895.)

Verf. bespricht in ausführlicher Weise die neueren Anschauungen über die adenoiden Wucherungen und ihre Folgen für die benachbarten Organe und für die allgemeine Gesundheit. Er erwähnt speciell die krähende Inspiration neugeborener Kinder, die er wohl sehr mit Recht dem Vorhandensein einer Rachenmandel zuschreibt, dann die Einwirkung auf die allgemeine Ernährung und auf den geistigen Zustand der Kinder. Er empfiehlt mit Recht die frühzeitige Entfernung der Wucherungen.
M. Schm.

Digitized by Google

Die Behandlung der Rhinitis bei Säuglingen. Von Dr. Vohsen. (Zeitschrift für ärztliche Landpraxis, Heft 5, 1895.)

Der Autor weist zunächst auf die schweren Erkrankungen hin, die zu einer Rhinitis bei Säuglingen hinzutreten können. Bei der Therapie beachtet er hauptsächlich zwei Umstände: Die Entfernung des Secretes und die therapeutische Beeinflussung der Schleimhäute.

Bei der Untersuchung der Nase verwendet V., nach Cocainisirung des Inneren mit 1 proc. Lösung, eine wattearmirte, mit Vaselin bestrichene Sonde. Hierauf untersucht er Mund und Rachen. Zur Entfernung des Secretes empfiehlt er durch einen die Nasenöffnung gut abschliessenden Schlauch Luft mittelst Ballons oder Mundes in die eine Nasenhälfte zu blasen, so dass durch die andere Nasenöffnung das Secret austreten kann. Nachdem die Schleimhaut auf diese Weise gereinigt ist, legt er ein nicht zu grosses Wattebäuschchen mit 3 proc. Borglycerinlösung in die Naseneingänge. Dieses Verfahren, das man den Angehörigen überlassen kann, soll vor jeder Nahrungsaufnahme erfolgen. Die Gefahr der Infection des Mittelohrs soll nur eine sehr geringe sein.

Dr. Alt.

Heftige Blutungen aus der Nase. (Severe haemorrhage from the nose). Von W. Freudenthal, M. D., New-York. (The Post-Graduate, März 1894.)

Während die Blutungen aus den Erosionen des vorderen Theils des Septum nicht seltene sind, werden nur wenige Fälle von solchen aus der mittleren Muschel berichtet. Verf. hat deren drei gesehen. Die eine entstand in Folge einer oberflächlichen galvanocaustischen Aetzung bei einer Kranken, die sicher nicht Bluterin war. Die beiden anderen waren menstruelle. Es gelang ihm in allen die Blutung durch Tamponnement von vorne zu stillen, nachdem er die blutenden Stellen gesehen hatte. Die Entstehung der gewöhnlich zu dem Nasenbluten Anlass gebenden Erosionen am Septum schreibt auch er dem Bohren mit dem Finger zu. Er hat einen, dem von Hajek mitgetheilten Falle sehr ähnlichen, gesehen, in dem eine Gangrän der Scheidewand in geringem Umfange im Anschluss an eine Erosion vorhanden war, und einmal beobachtete er, dass an dieser Stelle eine Vertiefung, die die Scheidewand beinahe durchbohrt hatte, bestand. Aus diesen Erosionen können mitunter auch heftige Blutungen stattfinden. Er berührt dann noch die anderen Ursachen: wie die vicariirende Menstruation und die geschlechtliche Reizung. Unter den Ursachen von heftigem Nasenbluten vermisst Ref. die Anführung der Cirrhosis hepatis. Betreffs der Behandlung bemerkt Verf., dass es ihm bisher immer gelungen sei, der Blutung durch das vordere Tamponnement Herr zu werden. Unter den weiteren Mitteln hebt er das Antipyrin in Lösung, sowie das Einspritzen von frischem Citronensaft als ganz besonders wirksam hervor. Er zieht das Tamponnement, einerlei mit welchem Medium, vor, um so mehr, da man doch immer Watte oder Gaze leicht zur Hand habe. (Gerade bei sehr starkem Nasenbluten ist auch das Abbinden der Glieder mitunter recht angebracht. Ref.)

M. Schm.

Digitized by Google

Zur Topographie und Chirurgie der Nasenhöhle. Von Pros. S. N. Delizin. (Wratsch No. 17, 1895.)

Der Zutritt zur Nasenhöhle per vias naturales ist ein beschränkter. Zur Entfernung vieler Neubildungen muss man sich einen breiten Weg bahnen, wozu es drei Methoden giebt: 1) Resection der vorderen Wand nach König, Bruns, Chassaignac, Ollier etc., 2) die osteoplastische Oberkieferresection nach Weber und Langenbeck, 3) die Spaltung des weichen resp. Resection des harten Gaumens nach Maisonneuve, Nélaton etc. An diese Methode reiht D. folgende Modification an: Spaltung des weichen Gaumens im lateralen Theil, Durchsägung des harten Gaumens parallel dem Alveolarrand, aber in einiger Entfernung von ihm. Fernere Durchsägung rechtwinklig zum vorderen Ende der ersten Sägelinie bis zum entgegengesetzten Alveolarrand, Durchtrennung mit einer Scheere des Septum narium, Abhebelung des ganzen mobil gemachten Lappens nach unten, Entfernung der Neubildung, Reposition und Fixation des Lappens.

Keine der erwähnten Methoden macht die andern überflüssig. Die Wahl der Methode hängt von Sitz, Grösse und Eigenschaft der Neubildung ab. Von präliminaren Operationen indicirt die Resection der Nasenbeine nur Choanentamponade, bei Resection des Gaumens operire man am hängenden Kopfe, bei Kieferresection kann Tracheotomie mit Tamponade der Trachea nothwendig sein.

Von den Nebenhöhlenerkrankungen fordert die pathologisch afficirte Stirnhöhle am häufigsten zum Eingriff auf (Indicatio vitalis). Die Höhle kann auf drei Wegen eröffnet werden: 1) von aussen. Es ist dies eine ernste und entstellende Operation; 2) Punction der unteren Wand durch die Nase; ist unsicher und gefährlich; 3) Sondirung des Canales ist mittelst des Lichtwitz'schen Catheters gut ausführbar, wovon sich D. an Präparaten überzeugt hat. Dieser Catheter ist 12 Mm. dick und in einer Entfernung von 1 Ctm. vom Ende rechtwinklig abgebogen.

Ueber die Chirurgie der Highmorshöhle bringt D. nichts Neues. Die Keilbein- und Siebbeinhöhlen hält er für chirurgische Eingriffe wenig geeignet. Gorodecki.

Demonstration von Schädeln, die den Einfluss des Cretinismus auf die Gestalt der Nasenhöhlen zeigen. (Demonstration of skulls showing the effects of Cretinism on the shape of the nasal chambers.) Von Harrison Allen, M. D., Philadelphia. (New-York med. Journ., 2. Februar 1895.)

Verf. bespricht zuerst an der Hand der Literatur die Veränderungen, die der Schädel im Ganzen erleidet.

In dem einen Falle war die Nase weit vorragend, in dem anderen, dessen Gesichtsknochen im Allgemeinen Zwergwuchs zeigten, waren die Ossa nasi sehr klein und standen senkrecht. In beiden Schädeln lagen die unteren Muscheln verhältnissmässig sehr hoch in der Höhle und waren die Choanenöffnungen sehr grosse.

In Amerika gebe es bis jetzt sehr wenig Cretins; Verf. fürchtet, dass durch die massenhafte Einwanderung der ärmeren Klassen der Bevölkerung aus Europa dieselben bald zunehmen würden.

M. Schm.

Digitized by Google

Ueber die verschiedenen Gerüche und ihren Einfluss auf die Stimme. (Des odeurs et de leur influence sur la voix.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 3. 1894.)

Ob dieser Einfluss besteht, ist von der grössten Wichtigkeit für alle Leute, welche der Stimme zum Berufe bedürfen. Empirisch wissen alle Künstler, dass der Geruch gewisser Blumen, z. B. Rosen, Veilchen, Lilien, Nelken, Gardenia, Tuberosa, Flieder, der Stimme schaden. Die Aerzte wissen jetzt nach der genauen Beschreibung des erectilen Schleimhautgewebes der Nase und dem Verständniss der Reflexneurosen, dass gewisse Einflüsse auf die Stimme bestimmt bestehen können. Die plötzlichen Todesfälle, welche namentlich von älteren Autoren in Folge von Blumenanhäufung in Schlafzimmern angeführt werden, sind mit Vorsicht aufzunehmen; höchstens liesse sich dies, nicht durch die verschiedenen Gerüche, sondern eher durch Anhäufung von Kohlensäure und Mangel an Sauerstoff erklären; auch liess man früher gewisse flüchtige Gifte unter dem Deckmantel von Wohlgerüchen inhaliren. Bewiesen ist, dass viele Wohlgerüche Schwindel und Migraine hervorrufen; ebenso können Ohnmachten, Krämpfe, Schlafsucht, Schnupfen, Asthmaanfälle auftreten; Verf. erzählt viele Beispiele dieses Einflusses. Was die laryngealen Symptome betrifft, so kann Aphonie entstehen mit Brustbeklemmung; unsere neueren theatralischen Künstler wissen eine Menge solcher Ereignisse zu erzählen. In einem zweiten Capitel sucht Verf. den schädlichen Einfluss der Wohlgerüche auf Nase, Rachen, Larynx und das normale Athmen wissenschaftlich durch Rhinoscop, Laryngoscop und Spirometer zu beweisen; diese zwar nicht zahlreichen Beispiele beweisen dennoch auf unwiderstehliche Weise diese Einflüsse. Schliesslich muss man zu dem Schluss kommen, dass ein bestimmter Zusammenhang zwischen gewissen Geruchsempfindungen und gewissen Stimmstörungen besteht. Schon Hack hat im Jahre 1887 auf diese doppelten Reflexe aufmerksam gemacht. Gerüche gewisser Blumen, wie der Mimosa, des Flieders, der Veilchen, rufen Nasenleiden hervor, welche in drei vom Verf. beobachteten Fällen eine einfache Verminderung des Athmens hervorriefen, welche Verminderung bei gewöhnlichen Menschen unbeachtet geblieben wäre, hier aber durch den Gesang sich bemerkbar machte; die Patienten mussten Anstrengungen der Stimme machen, welche letztere verdarben. Am Ende seiner interessanten Arbeit kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Ausser den allgemeinen von den Autoren angegebenen Störungen können die Geruchswahrnehmungen eine Stimmstörung hervorbringen; 2) diese Störungen können auf die Resonatoren, auf die vibrirende Seite und auf die motorische Seite des ganzen Stimmapparates einwirken; 3) die Geruchsempfindung löst einen ersten Reflex aus, welcher das erectile Gewebe der Nasenschleimhaut zum Schwellen bringt und die Endigungen des Trigeminus reizt; daher ein zweiter Reflex, welcher verschiedene Symptome hervorrufen kann: a. vasomotorische Störungen der Mucosa (Pharyngitis, Laryngitis), b. vasomotorische Störungen der Laryngealschleimhaut (Lähmung der Constrictoren), c. nervösen Husten, d. Spasmus der Bronchialmuskeln; 4) diese Reflexe ändern die Tonfarbe, erschweren die hohen Töne, können Heiserkeit und sogar Aphonie hervorbringen; sie können das Athmungsvermögen vermindern, die Töne weniger stark machen und so die Kräfte des Sängers ver-

Digitized by Google

mindern; 5) diese Störungen kommen am leichtesten bei nervösen Personen vor und besonders bei neuropathischen Arthritikern. Ein schon bestehendes Nasenleiden leistet diesen Störungen Vorschub; 6) der Gebrauch des Cocain ist bei solchen Leiden von Nutzen. Dr. P. K.

Ein überzähliger Zahn, welcher in der Nase gefunden wurde. Von Dr. H. Daae in Christiania. (Arch. f. Laryngologie etc. Bd. II, Heft 3, pag. 301, 1895.)

Stülpt sich ein Zahnkeim, bevor die Gaumenspalte geschlossen wird, von der Mund- in die Nasenhöhle und schliesst sich später die Gaumenspalte, so liegt der Zahnkeim in der Nasenhöhle und entwickelt sich in ihr selbstständig. Der so entstandene Zahn wird Embolus genannt. Bei einer 53jährigen Frau fand D. einen solchen Embolus am Boden der rechten Nase und entfernte ihn. Beschorner.

Ueber spontane Nasensteine. Nothwendigkeit der microscopischen und chemischen Untersuchung. (Des rhinolithes spontanés. Nécessité de pratiquer l'examen histologique et chimique.) Von Dr. E. J. Moure. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 6, 1894.)

Die seit Alters schon bekannten Nasensteine sind in bei Weitem den meisten Fällen secundärer Natur, das heisst die Concremente legen sich um einen von aussen gekommenen oder in der Nase sich schon befindenden Fremdkörper herum. Diese sich schon in der Nase befindenden Fremdkörper, welche ja nur eingetrocknete Schleimkrusten sein können, haben mehrere Autoren (Berlioz) in die Klasse der spontan entstehenden Rhinolithen gereiht. Verf. giebt die Krankengeschichte nebst der microscopischen und chemischen Untersuchung eines solchen Falles. Die chemische Beschaffenheit dieser Art von Nasensteinen ist nicht immer dieselbe, wie aus dem Vergleich der verschiedenen angestellten Analysen hervorgeht; namentlich schwankt der Gehalt an kohlensaurem Kalk. Das fast gänzliche Fehlen des Chlornatriums ist allen Nasensteinen eigen und lässt schliessen, dass die Thränen, welche ja fast nur Chlornatrium enthalten, nicht zur Bildung der Rhinolithen beitragen. Verf. erzählt dann zwei Krankengeschichten, wo man auch spontane Nasensteine angenommen hätte, wenn die microscopische Untersuchung nicht gemacht worden wäre. Dr. P. K.

Einige kurze klinische Bemerkungen zur Lehre vom Kieferhöhlenempyem. Von Dr. Avellis in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. 3, pag. 303, 1895.)

A. lenkt die Aufmerksamkeit auf gewisse Beschwerden, welche von Kranken mit Kieferhöhlenempyemen geklagt werden und mit diesen nicht selten im Zusammenhange stehen. Abgesehen von Kopfschmerz, Nasenverstopfung, üblem Geruch etc. sind es u. A. Magenleiden, ungewöhnliche nervöse Beschwerden, Oedema fugax im Gesicht und Gesichtsabscesse. Beziehentlich der Heilung acuter Empyeme glaubt A., auf Erfahrung gestützt, dass eine solche bei jeder Art von Ausspülung, sei es von der natürlichen Oeffnung, der Alveole oder der Fossa canina aus, in wenig Tagen geschehen könne, auch Selbstheilung von, bei Infectionskrankheiten entstandenen Kieferhöhlenempyemen hält er für möglich,

Digitized by Google

berechtigt sei aber in jedem sicher diagnosticirten Falle die künstliche Eröffnung, da wir in ihr ein sicheres und gefahrloses Mittel besitzen, die Beschwerden des Empyems sofort zu beseitigen.

Beschorner.

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Veränderung der Lippen als Folge lange bestehender Mundathmung. Von Dr. Ott in Constanz. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 299, 1895.)

Blasse, welke, dünne, anscheinend atrophische Lippen erachtet O. zuweilen als Folge lange Zeit fortbestehender Mundathmung. Er glaubt, dass hierbei neben Atonie des Musc. orbicular. oris auch die Atrophie der Fasern desselben den übrigen Symptomen beizufügen ist. Die Therapie bestehe in methodischer Uebung, Massage, Electricität, vor Allem aber in Herstellung normaler Nasenathmung. Beschorner.

Pharyngotomia suprahyoidea. Von F. M. Eremitsch. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 2, 1895.)

Verf. beginnt mit der Beschreibung eines Falles, wo ein Selbstmörder sich einen 12 Ctm. langen Schnitt 2 Mm. über dem Os hyoideum und demselben parallel beibrachte. Der Schnitt drang bis zur hinteren Pharynxwand durch. Die grossen Gefässe waren nicht verletzt und es war ein sehr breiter und bequemer Zugang zu der Zungenwurzel und dem Pharynx geöffnet. Die Wunde wurde in zwei Etagen genäht, Drains eingelegt. Keine Tracheotomie, Morphium subcutan. Ernährung per Rectum. Heilung per primam in 8 Tagen, bis auf eine kleine Fistel, die in weiteren 3 Wochen zuheilte. Verf. vergleicht alsdann die bisher zu operativen Zwecken ausgeführten Pharyngotomiae subhyoideae mit dem beschriebenen Fall und kommt zu dem Schluss, dass es sich empfehlen würde, die Pharyngotomia suprahyoidea dem beschriebenen Falle künstlich nachzubilden, da dieselbe einen viel breiteren und bequemeren Weg zum Pharynx schafft, nicht blutig ist und prompt heilt. Die vom Verf. empfohlene Technik ist am besten im Original nachzulesen, enthält übrigens Nichts, was sich nicht aus den anatomischen Verhältnissen von selbst ergebe.

Im Gegensatz zu den Ansichten von König und Nélaton über die Behandlung penetrirender Halswunden ist Verf. der Ansicht, dass die Tracheotomie nicht nothwendig und dass die primäre Naht gestattet sei.

Gorodecki.

Ueber Pharynxstricturen. Von Dr. Fleischmann und Dr. Borchard in Görbersdorf und Memel. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 345, 1895.)

F. und B. fanden in der casuistischen Literatur keinen Fall von nicht-luetischer Pharynxstrictur. Daher beanspruchen zwei von ihnen eingehend mitgetheilte einschlägige Fälle besonderes Interesse. Bei dem einen, einem 16jährigen jungen Manne, handelte es sich um eine möglicher Weise nach Diphtherie entstandene doppelte Pharynxstrictur; bei

Digitized by Google

dem anderen, einem 23 Jahre alten Seemann, um eine obere Pharynxstrictur, welche nach Heredität und Habitus des Patienten, nach, an seinem Körper fühlbaren Residuen, den im übrigen normalen Schleimhäuten der oberen Luftwege, der Art der vorgenommenen Eingriffe, mehr scrophulo-tuberculösen als luetischen Ursprungs gewesen sein dürfte. — Eines dritten Falles wird Erwähnung gethan zwecks Illustration der Thatsache, dass nach Diphtherie bisweilen Defecte im Rachen zurückbleiben. Ein 22jähriges Mädchen hatte im 14. Lebensjahre Diphtherie durchgemacht. Sie zeigte an beiden rechten Gaumenbögen, am vorderen zwei, am hinteren eine schlitzförmige, ½—1 Ctm. lange Perforation. Umrandung und benachbarte Gewebe waren durchaus normal, ein Umstand, der darum in's Gewicht fällt, weil man in ihm ein Merkmal zu sehen pflegt, das die angeborenen von den erworbenen Substanzverlusten unterscheidet. Farbige Abbildungen bringen die genannten Affectionen zur Anschauung. Beschorner.

Unilaterale congenitale Anomalie des Gaumensegels. (Un cas d'anomalie congénitale unilatérale du voile du palais.) Von Dr. Posthumus Meijes. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 8, 1894.)

Es sind seltene Fälle. Ein 20jähr. Mann zeigte auf beiden Seiten der Uvula je einen weichen Polypen. Der rechte Arcus palatoglossus zeigte, ähnlich wie der vor Kurzem von Seifert in obiger Wochenschr. beschriebene Fall, eine lange, mit dem Arcus parallel laufende Oeffnung, welche keine narbige Oeffnung, also kein erworbener Substanzverlust war, sondern als angeboren zu betrachten, und zwar als fehlerhafte Ausbildung der pharyngealen Kieme anzusehen war. Dr. P. K.

Maligne Leiden der Mandeln. (Affections malignes des amygdales.) Von Dr. Macintyre. (Société britannique de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngol. et d'otologie No. 4, 1894.)

In den letzten zehn Jahren behandelte Verf. 12 Fälle von malignen Mandeltumoren, von welchen er zwei beschreibt: 1) ein primäres Mandelepithelioma bei einem 60jähr. Manne, wo der Tumor vom unteren Ende des Arcus palatoglossus und an der Mandel scharf abgegrenzt war. Operation. Heilung. 2) Mandelsarcom bei einer 58jähr. Frau. Operation mit relativer Heilung; Recidive auf der anderen Seite. Tod.
Dr. P. K.

Folgen eines Mandelsarcoms. (Les suites d'un cas de sarcome de l'amygdale.) Von Dr. Wolfenden. (Société britannique de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngologie et d'otologie No. 4, 1894.)

Die Operation war so vollständig als möglich gemacht worden und schien gelungen zu sein. Recidive nach 12 Monaten; da der Fall verzweifelter Natur war, machte man blos eine Palliativoperation. Patientin heilte von selbst (?). Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber einige Eigenschaften des Behring'schen Antidiphtherieserums.
Von G. J. Goriansky. (Wratsch No. 7, 1895.)

Verf. untersuchte im Petersburger Institut für Experimentalmedicin unter Leitung von Prof. Nencki einige Eigenschaften des Behring-schen Serums und gelangt zu folgenden Sätzen:

1) Durch anhaltende Einwirkung niedriger Temperaturen (— 3° bis —16° R) im Laufe einiger Tage, wie dies in Zukunft auch bei weiterem Transport des Serums im Winter vorkommen dürfte, verliert dasselbe einen Theil seiner curativen Wirkung (um mehr als das 1½fache).

2) Durch Einwirkung von Methyl- oder Aethylalcohol wird aus dem Serum das Antitoxin, aber in etwas abgeschwächter (modificirter) Form ausgefällt.

3) Das Antitoxin diffundirt nicht durch thierische Membranen, gehört somit wahrscheinlich zu den Eiweisskörpern.

4) Was das Diphtherie-Toxin anbetrifft, so erleidet es durch Einwirkung niedriger Temperaturen keinerlei Veränderung.

Gorodecki.

Die Behandlung der Diphtherie nach der Behring'schen Methode.
Von N. Th Gamaleia. (Wratsch No. 14, 1895.)

Der durch seine bacteriologischen Arbeiten wohlbekannte Verfasser hat sich persönlich sowohl in Deutschland, als in Frankreich mit Methode und Resultaten der Behring'schen Therapie vertraut gemacht. In seiner Arbeit giebt er eine klare und genaue Uebersicht über den Gegenstand und gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die Serumtherapie ist eine noch nicht abgeschlossene und weder von der wissenschaftlichen noch practischen Seite vollkommene Methode.

2) Die Serumtherapie beeinflusst die diphtheriekranken Kinder günstig und setzt die Mortalität deutlich herab.

3) Sie beeinflusst am mächtigsten die locale Affection und die Intoxication, weniger die polyneuritischen Erscheinungen.

4) Bei der Serumtherapie muss man hauptsächlich die Herzschwäche bekämpfen.

5) Die Serumtherapie ist um so wirksamer, je mehr Immunitätseinheiten injicirt werden. Die deutsche Dosirung ist ungenügend.

6) Sie ruft eine Reihe von Complicationen hervor, die um so zahlreicher sind, je mehr Serum eingeführt wird.

7) Die Qualität des Serums unterliegt staatlicher Controlle.

Gorodecki.

Schwere Erscheinungen nach Injection von Behring'schem Heilserum.
Von P. K. Haller. (Wratsch No. 6, 1895.)

Ein 8½jähriger Knabe erkrankte am 7. Januar an Diphtherie; am folgenden und nachfolgenden Tage wurden im Ganzen 1750 Immunitätseinheiten injicirt. Am 12. Januar war Pat. anscheinend hergestellt. Am 16. Januar erschien auf der Brust ein Erythem, welches sich in den nächsten Tagen über den ganzen Körper ausbreitete, stellenweise Petechien; die Temperatur stieg bis 39,5. Schmerzen und Unbeweglichkeit in den unteren Extremitäten; im linken Kniegelenk Exsudat. Die Erscheinungen verloren sich allmählig bis zum 29. Januar, doch bestand

Digitized by Google

in den letzten Tagen noch Arythmie und Unregelmässigkeit des Pulses. Verf. ist geneigt, die verschiedenen Erscheinungen auf Blutaustritte in die Hirnhäute zurückzuführen. Gorodecki.

Ueber Arthritis cricoarytenoidea acuta und subacuta bei Rheumatismus. (De l'arthrite cricoaryténoidienne aigue et subaigue de nature rhumatismale.) Von Dr. Compaired. (Bollettin. delle malattie dell' orecchio und Revue de laryngol. et otologie No. 3, 1894.)

Verf. giebt drei Krankengeschichten, welche zwei acute und eine subacute Affection betreffen. Bei allen drei Pat. bestand Schmerz beim Phoniren und Schlucken, Röthung und Schwellung der Cartilagines arytenoidei und der betreffenden Mucosa, Klaffen des hinteren Drittels der Stimmritze beim Phoniren. Dr. P. K.

Verhältniss des Nervus phrenicus und des Nervus laryngeus inferior, nebst Erklärung des Umweges, welchen letzterer einschlägt. (Relation entre le nerf phrénique et le nerf laryngé inférieur, avec explication du trajet détourné de ce dernier.) Von Dr. Davier. (Lancet und Revue de laryngol. et d'otologie No. 3, 1894.)

Der rücklaufende Verlauf des Recurrens erscheint dem Verf. eine Einrichtung der Natur zu sein, um zum Zweck zu gelangen. Da beim Inspirium die Erweiterung der Glottis und das Senken des Diaphragma die hauptsächlich wirkenden Factoren sind, so liegt auf der Hand, dass ihre Action ganz synchron sein muss; der vom Centrum ausgehende Reiz muss also beide Inspirationsorgane zugleich treffen. Das Vaguscentrum stellt das Athmungscentrum zugleich vor und giebt den Reiz zum Recurrens und Phrenicus ab. Der Phrenicus ist sehr lang, er stammt aus dem dritten, vierten und fünften Cervicalnerven. Aber die Gruppe der Nervenzellen, welche seine Fasern bilden, liegt hoch oben in der Medulla in der Nähe des Vaguscentrums. Die Wichtigkeit seiner vitalen Functionen ist klar bewiesen durch das Factum, dass am Anfang zu seiner Bildung drei Wege bestehen, welche den Reiz des Phrenicuscentrums zum Diaphragma bringen. Diese drei Linien sind in der Cervicalgegend ganz getrennt, weil in dieser Gegend die Bewegungen des Kopfes die Thätigkeit einer einzigen Linie behindern könnten; in den Thorax gekommen, vereinigen sich diese drei Linien zu einer einzigen, weil im Innern des Thorax keine Zerrung mehr stattfinden kann. Der Recurrens enthält alle motorischen Fasern des Larynx, ausgenommen die, welche für den Musculus cricothyroideus bestimmt sind. Von all' diesen Recurrensfasern sind die der Musculi cricothyroidei postici für das Athmen von Bedeutung. Kämen diese direct von oben an die hintere Larynxwand, so würde die Glottis sich öffnen, ehe das Diaphragma den Thorax erweitert hätte, das heisst, die beiden activen Bewegungen wären nicht mehr synchronisch; deshalb hat die Natur dem Phrenicus und dem Recurrens beinahe dieselbe Länge gegeben.

Was das Toniren betrifft, so wissen wir, dass die Spannung der Stimmbänder durch die Musculi cricothyroidei stattfindet und dass diese Muskeln vom äusseren Aste des Laryngeus superior besorgt werden; dieses motorische Nervenbündel ist das einzige motorische des ganzen Laryngeus superior; es stellt also einen directen Weg des vom respira-

Digitized by Google

torischen Larynxcentrum ausgehenden Reizes dar. Diese Spannung der Stimmbänder ist absolut nothwendig zur Production eines Tones, und diese Spannung muss bereits bestehen in dem Momente, wo der Ton hervorgebracht werden soll; in anderen Worten: der motorische Impuls muss an den Musculus cricothyroideus gelangen, bevor die anderen Larynxmuskeln in Thätigkeit treten. Dr. P. K.

Recurrenslähmung bei einem Kinde in Folge Einschliessens des Nerven in scrophulöse Drüsen. (Cas de paralysie du recurrent chez un enfant, par suite de son implication à l'intérieur de glandes scrofuleuses.) Von Dr. Macintyre. (Société britannique de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngol. et d'otologie No. 4, 1894.)

Der Fall ist insofern interessant, als er ein 4½jähr. Kind betrifft. Auffallend war der stark bellende Husten, wie er sonst nie beobachtet wird; der Larynx schien im Spiegelbilde normal bis auf die Lähmung des linken Stimmbandes. Bei der besonders linksseitig bestehenden Lungentuberculose und dem laryngoscopischen Befunde musste man einen Druck auf den linken Recurrens annehmen, welche Diagnose dann auch durch die Section bestätigt wurde. Dr. P. K.

Zur Diagnose und Therapie der hysterischen Stummheit. (Apsithyrie.) Von Dr. C. E. Langner, z. Z. in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 310, 1895.)

Interessanter Fall echter hysterischer Stummheit (Apsithyrie), bei dem es sich um eine functionelle Lähmung handelte, welche den Kranken (Simulation ausgeschlossen) des Willens zu sprechen beraubte. Das wesentlichste Hilfsmittel zu allmähliger Heilung bildete die eigenartige Anordnung, welche Dr. Kayser, der behandelnde Arzt, traf, indem er den Kranken dessen eigenen Kehlkopf sehen liess. Es war kein Zweifel, dass diese eigene Controle der Stimmbandbewegungen das Muskelgefühl bedeutend stärken und wieder zu einem selbstständigen Regulator für die Lautgebung machen musste. Beschorner.

Laryngologische Irrungen. Von Dr. A. Kuttner. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 355, 1895.)

1) Bei einem 72jährigen Manne mit schwerer Athemnoth wurde auf Grund laryngoscopischen Befundes, die Diagnose auf doppelseitige Posticuslähmung gestellt. Tracheotomie. Tod an Bronchitis. Bei der Section bestätigte sich diese Diagnose nicht, vielmehr wurde constatirt, dass eine entzündliche Fixation beider Crico-arytenoid-Gelenke bestanden hatte, Folge eines Abscesses im obersten Theile des Oesophagus mit Necrose der Cartilago cricoidea. — 2) Ein 27jähr. Mädchen litt an zunehmender Athemnoth. Die laryngo-tracheoscopische Untersuchung liess etwa in Höhe des fünften Ringknorpels eine kuppelförmige Vorwölbung der Trachealwand erkennen, etwa von der Grösse eines Kirschkernes. Man glaubte an Aneurysma oder Mediastinaltumor. Tiefe Tracheotomie. Geringer Erfolg. Tod unter den Erscheinungen der Kohlensäure-Intoxication. Sectionsbefund: Dicht unterhalb jenes Engpasses ausgedehnte Ulcerationen, die ihre Entstehung dem Zerfall diffus infiltrirter, gummöser Schleimhautpartien verdankten und die intra vitam bei der Unter-

Digitized by Google

suchung von oben her durch die höher gelegene Vorwölbung der Trachealwand verdeckt worden waren. — 3) 42jährige Frau mit allerhöchster Athemnoth, welche erst seit kurzer Zeit bestand, zeigte an allen, die obere Umrandung des Kehlkopfes bildenden Partien durch Oedeme und derbe Infiltrate bedingte Verdickungen mit mehr oder weniger tiefen, mit schmutzigen Belägen versehenen Substanzverlusten. Einblick in den Larynx unmöglich. Man stellte die Diagnose auf Tuberculose. Laryngo-Tracheotomie. — 10 Tage darauf ergab die Untersuchung: Schwinden des Oedems, Rückgang der Infiltrate, Heilung der Ulcerationen. Im Sputum waren Tuberkelbacillen nicht gefunden, wohl aber waren zweifellose Erscheinungen von Syphilis constatirt worden, welche, obgleich die specifische Kur, die Patientin durchmachte, nur eine sehr mangelhafte war, keinerlei frische Erscheinungen mehr hervorgerufen hatte. K. meint, dass dieser Fall die heilende Wirkung der Tracheotomie auch für syphilitische Larynxaffectionen illustrirt. **Beschorner.**

Die Wichtigkeit einer frühen Diagnose der bösartigen Geschwülste im Halse. (The importance of an early diagnosis of malignant tumors of the throat.) Von J. W. Gleitsmann, M. D., New-York. (New-York med. Journ., 10. November 1894.)

Verf. sieht zunächst diese Wichtigkeit in der Möglichkeit einer endolaryngealen Operation, die er nach den bis dahin in der Literatur verzeichneten Fällen für zulässig erklärt. Auch die anderen Fälle, bei denen schon die Drüsen ergriffen sind, seien glücklicherweise nicht ganz verloren, seit man in der von Dr. Coley ersonnenen Anwendung von Einimpfungen von Erysipel und seinen toxischen Producten günstige Erfolge gesehen habe. Er bespricht die Methode nach den Erfahrungen Coley's (referirt in dieser Monatsschrift, 1895, 1, pag. 31), sodann die Einspritzungen von Methylblau, die Willy Meyer in New-York ausgiebig versucht und durch die innerliche Anwendung desselben noch bessere Ergebnisse erzielt habe, als mit den Einspritzungen. Er erwähnt dann noch kurz die Laryngofissur, die partielle und totale Exstirpation. Er hat in seinen 13 Fällen 6 Mal den Schlund und 7 Mal den Kehlkopf erkrankt gefunden. Einer der im Schlunde erkrankten vier Krebskranken wurde vor drei Monaten operirt und befindet sich wohl, die anderen starben. Zwei Fälle von Sarcom der Mandeln sind auch gestorben, der eine war unoperirbar, der andere lebte nach der Entfernung der Mandel zwei Jahre und starb durch Selbstmord. Die sechs im Kehlkopf an Krebs Erkrankten sind alle todt, einer mit Alveolarsarcom lebte nach den letzten Nachrichten. (Wie lange her? Ref.) Laryngofissur wurde zwei Mal und ebenso oft partielle und totale Exstirpation gemacht, Tracheotomie in einem weit vorgeschrittenen Falle. Zwei Mal war Shok nach der Operation Ursache des Todes, zwei Mal Pneumonie am zweiten und dritten Tage, ein Operirter starb nach sechs Monaten an einem Rückfall, und einer, dessen totale Exstirpation sehr gut geheilt war, starb an Appendicitis. Die Frühdiagnose wird in dem Vortrage wenig besprochen. **M. Schm.**

Digitized by Google

Multiple Papillome des Kehlkopfes. (Multiple Papillomata of the larynx.) Von Max Thorner M. D., Cincinnati. (Cincinnati Lancet-Clinik, 17. November 1894.)

Der Kranke wurde mit der Krause'schen Doppelcürette, dem Voltolini'schen Schwamm und der Schlinge nach und nach vollständig geheilt. Verf. bespricht am Schlusse die Unbegründetheit der Ansicht, dass durch solche Operationen gutartige Geschwülste in bösartige umgewandelt werden könnten. M. Schm.

Fall eines Fremdkörpers (Goldmünze) eingebettet in den Ventrikeln des Kehlkopfes. (A case of foreign body (Gold coin) engaged in the ventricles of the larynx.) Von A. W. de Roaldes, New-Orleans. (New-York med. Journ., 27. October 1894.)

Verf. giebt eine hübsche Abbildung des horizontal auf den beiden Stimmbändern liegenden Geldstücks. Er konnte es mit einem senkrecht fassenden Ansatz der Schrötter'schen Zange fassen; da es aber nicht fest genug gefasst war, so musste er den Spiegel weglegen und den Griff der Zange noch mit der linken Hand fester zuziehen. Zu demselben Verfahren seien in ähnlichen Fällen auch Ives und Grazzi genöthigt gewesen. Die Taschenbänder schliessen auch nach der Erfahrung des Ref. sehr fest. M. Schm.

Fremdkörper während 17 Monaten im Kehlkopf; Extraction mittelst Laryngotracheotomie. (Corps étranger ayant séjourné pendant dix sept mois dans le larynx; extraction après laryngotracheotomie; guérison.) Von Dr. J. F. Klinedimt. (Medical News und Revue de laryngol. et d'otologie No. 8, 1894.)

Ein 39jähriger Farmer wurde durch einen ihm auf den Nacken fallenden Baumstamm zu Boden geworfen. Verlust des Bewusstseins während einer halben Stunde; beim Erwachen kann er nicht sprechen und athmet schwer. Ein drei Zähne tragendes falsches Gebiss war verschwunden; die drei Zähne wurden nachher wiedergefunden, die Platte aber nicht. Nach neun Tagen wurde nach vielen Schmerzen ein grosses Stück der Platte ausgehustet. Patient ist erleichtert, aber der Husten dauert mit dazwischen vorkommenden Dyspnoe-Anfällen fort. Dieser Zustand dauert mit stetiger Kräfteabnahme fort und es wird Tuberculose der Lungen und des Larynx diagnosticirt. Der Athem ist fötide und gangränös, eiteriger Auswurf; Bronchialrasselgeräusche und sehr schwache Stimme. Das Laryngoscop zeigt einen Rest der Zahnplatte unter den Stimmbändern fest eingekeilt. Laryngotracheotomie; Extraction des Fremdkörpers mittelst einer Polypenzange. Canüle, antiseptische Behandlung; nasse Sublimatgaze über die Canüle gelegt, Heilung.

Dr. P. K.

Suffocatorische Laryngotracheitis und Methode zur schnellen Erleichterung. (Cas de laryngotrachéite suffocative et méthode de soulagement immédiat.) Von Dr. E. J. Kuh.

Erkältung nach Tanzen. Erstickungserscheinungen. Brechmittel halfen nicht viel. Verf. wandte den tiefgehenden Spray an und erhielt die besten Resultate. Dr. P. K.

Digitized by Google

Morbus Basedowi. (Graves disease.) Von W. Edmunds, London. (Lancet, 25. Mai 1895.)

In der pathologischen Gesellschaft von London besprach Verf. an der Hand von Beobachtungen und Versuchen die Pathologie der Krankheit. Er kam zu dem Schlusse, dass dieselbe eine Erkrankung der Nerven sei, denn man könne mit Thyreoidealfütterungen keinen Exophthalmus hervorrufen, wohl aber durch Reizung des Sympathicus, durch welche man auch die Schwellung der Schilddrüse erklären könne. Auch könnten alle Symptome einschliesslich der Schwellung der Schilddrüse vorübergehend durch geistige Erregung entstehen. M. Schm.

Berichtigung.

In No. 7 dieser Monatsschrift soll es S. 239, Zeile 13 von oben, statt „Weilung“ heissen „Breitung“ (Coburg).

INHALT.

I. Originalien: Zuckerkandl: Beitrag zur Anatomie des Schläfebeines. — Kayser: Bericht über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle (Schluss). — Bergeat: Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre (Fortsetzung). — Lichtwitz: Halskiemenfistel durch Electrolyse geheilt. — Lichtwitz: Ein Fall von Angiom des Pharynx. — Szenes: Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895 (Fortsetzung). — II. Referate: a) Otologische: Väli: Versuch der Bildung eines künstlichen Gehörgangs bei angeborenem Mangel des äusseren Gehörgangs und beiderseitiger mangelhafter Entwicklung der Ohrmuschel. — Panse: Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S vom 1. April 1890 bis 31. März 1891. — Reinhard: Beitrag zur Hammer-Amboss-Excision. — Dennert: Zur Bedeutung des Schallquantums für die Hörprüfung. — Gesselewitsch und Wanach: Gehirnsarcom fälschlich als Gehirnabscess diagnosticirt und operirt. — b) Rhinologische: Kretschmann: Ueber die Behandlung der Nasenscheidewandverbiegungen mit der Trephine. — Smith: Adenoide Wucherungen bei Kindern. — Vohsen: Die Behandlung der Rhinitis bei Säuglingen. — Freudenthal: Heftige Blutungen aus der Nase. — Delizin: Zur Topographie und Chirurgie der Nasenhöhle. — Allen: Demonstration von Schädeln, die den Einfluss des Cretinismus auf die Gestalt der Nasenhöhlen zeigen. — Joal: Ueber die verschiedenen Gerüche und ihren Einfluss auf die Stimme. — Daae: Ein überzähliger Zahn, welcher in der Nase gefunden wurde. — Moure: Ueber spontane Nasensteine. Nothwendigkeit der microscopischen und chemischen Untersuchung. — Avellis: Einige kurze klinische Bemerkungen zur Lehre vom Kieferhöhlenempyem. — c) Pharyngo-laryngologische: Ott: Ueber Veränderung der Lippen als Folge lange bestehender Mundathmung. — Eremitsch: Pharyngotomia suprahyoidea. — Fleischmann und Borchard: Ueber Pharynxstricturen. — Meijes: Unilaterale congenitale Anomalie des Gaumensegels. — Macintyre: Maligne Leiden der Mandeln. — Wolfenden: Folgen eines Mandelsarcoms. — Goriansky: Ueber einige Eigenschaften des Behring'schen Antidiphtherieserums. — Gamaleia: Die Behandlung der Diphtherie nach der Behring'schen Methode. — Haller: Schwere Erscheinungen nach Injection von Behring'schem Heilserum. — Compaired: Ueber Arthritis cricoarytenoidea acuta und subacuta bei Rheumatismus. — Davier: Verhältniss des Nervus phrenicus und des Nervus laryngeus inferior, nebst Erklärung des Umweges, welchen letzterer einschlägt. — Macintyre: Recurrenslähmung bei einem Kinde in Folge Einschliessens des Nerven in scrophulöse Drüsen. — Langner: Zur Diagnose und Therapie der hysterischen Stummheit. — Kuttner: Laryngologische Irrungen. — Gleitsmann: Die Wichtigkeit einer frühen Diagnose der bösartigen Geschwülste im Halse. — Thorner: Multiple Papillome des Kehlkopfes. — de Roaldes: Fall eines Fremdkörpers (Goldmünze) eingebettet in den Ventrikeln des Kehlkopfes. — Klinedimt: Fremdkörper während 17 Monaten im Kehlkopf; Extraction mittelst Laryngotracheotomie. — Kuh: Suffocatorische Laryngotracheitis und Methode zur schnellen Erleichterung. — Edmunds: Morbus Basedowi. — Berichtigung.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz) Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Escherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, October 1895.** **No. 10.**

I. Originalien.

Nachtrag zu dem in No. 7 dieser Monatsschrift S. 221 etc. veröffentlichten Fall von Carcinom des Ohres.

Von

Dr. **Fritz Danziger**, Beuthen O.-S.

(Hierzu 2 Abbildungen.)

Nach einer Zwischenzeit von drei Monaten, während der Patientin sich theils in Gleiwitz aufhielt, theils hier vom Herrn Collegen Pick behandelt wurde, sah ich dieselbe wieder. Ihr Aussehen — Ende August — war auffallend schlecht, Abmagerung und Cachexie ausgeprägt. Nach den Berichten des Herrn Collegen und der Angehörigen soll sie in der letzten Woche einmal heftiges Erbrechen und „Delirien" gehabt haben. Links besteht complete Facialislähmung, die Stirnrunzeln sind auf dieser Seite verstrichen, das linke Auge, beständig offen, zeigt starke Conjunctivitis, das untere Lid ist ectropionirt, dazu beständiges Thränenträufeln. Der Mund schief nach links unten, aus dem linken Mundwinkel entleert sich fortwährend Speichel. Die Zunge wird gerade hervorgestreckt. Eine Geschmacksstörung konnte Herr Dr. P. nicht sicher feststellen. Heftige halbseitige Schmerzen müssen durch Morphium gelindert werden.

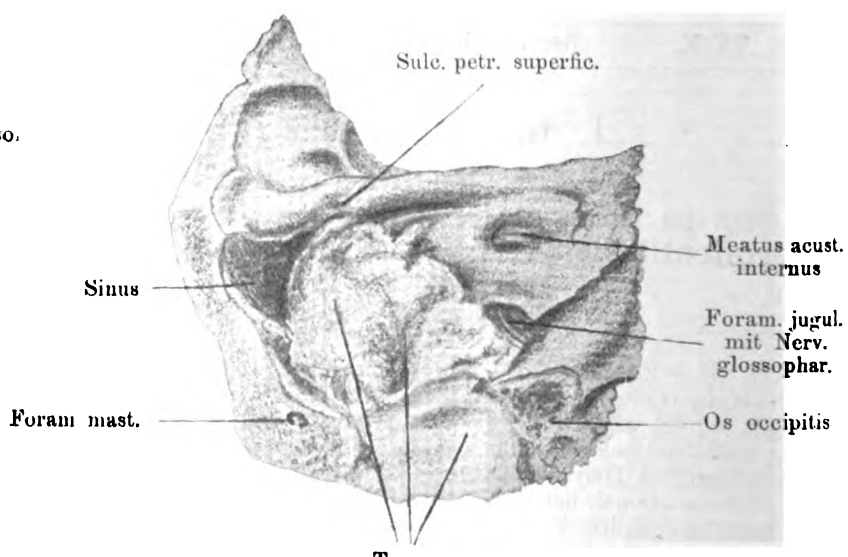
Digitized by Google

Der Processus mastoideus ist stark aufgetrieben, ebenso die Gegend vor dem Ohr, wodurch dasselbe weit vom Schädel absteht. Der Gehörgang ist mit ulcerirten Massen ausgefüllt, um die Oeffnung herum, durch das immerhin geringe heraussickernde Secret bedingt, zeigt sich beginnende Ulceration. Die Palpation ergiebt sowohl vor dem Ohre, als am Warzenfortsatz festweiche Massen. Nirgends ist der Tumor durchgebrochen. Am vorderen Rande des Sterno-cleido-mastoideus sind deutlich Drüsen fühlbar. Das Gehör ist gleich 0.

Anfang September traten starke Schlingbeschwerden auf, es gelang der Patientin nur noch flüssige Nahrung herunterzubringen, in den letzten Tagen fast garnichts, wodurch der Exitus, der am 16. September eintrat, beschleunigt wurde. Eine pharyngo-laryngoscopische Untersuchung konnte nicht ausgeführt werden.

Die Section (mit Herrn Dr. Pick) musste sich auf Eröffnung der Schädelhöhle beschränken. Der convexe Theil ergab keine abnormen Verhältnisse. Nachdem das Gehirn herausgenommen war, zeigte sich der vordere untere Rand der Kleinhirn-Hemisphäre dunkel verfärbt; entsprechend dieser Stelle und über der Mitte der hinteren Fläche des Os temporum ist die Hirnhaut dunkelblau, nirgends durchbrochen, aber emporgewölbt. Nach dem Abziehen der Dura zeigt sich das in Figur I gegebene Bild. Der Tumor, von weisser, weichlicher Beschaffen-

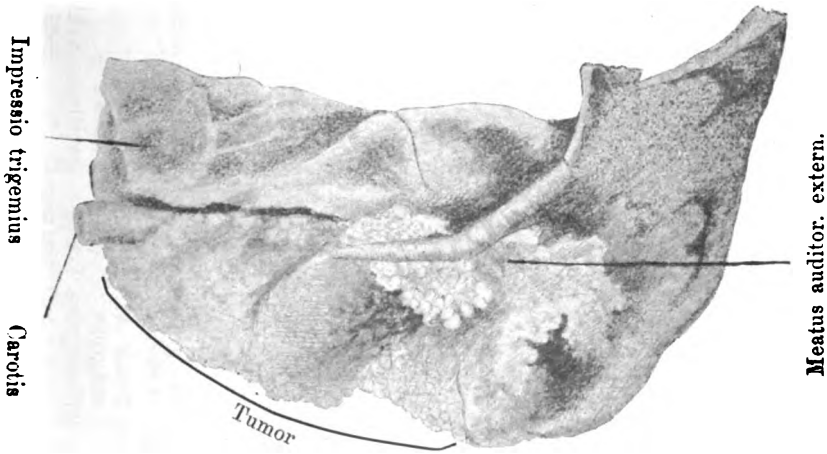
I. Os temporum von hinten.



heit, hat den Knochen vollständig absorbirt und wölbt sich über die normale Fläche empor. Der Sinus war nicht verletzt, aber abgehoben, seine Wand mit dem Tumor verwachsen; nach innen zu reicht derselbe bis zum Foramen jugulare, in welchem er den Nervus glosso-pharyngeus vollständig durchsetzt. Vorn unten — Figur II — hat der Tumor den

Digitized by Google

II. Os temporum von vorn — unten.



Warzenfortsatz mindestens zur Hälfte durchbrochen; der knöcherne Gehörgang ist geschwunden, ebenso die Gelenkfläche des Unterkiefers, dessen Gelenkkopf in Tumormassen eingebettet war. Die Carotis ist zum Theil von den Massen umgeben, sie sind fest an die äussere Wand angewachsen.

Das in der letzten Woche aufgetretene Erbrechen, welches mit „Delirien" einherging, war ich zuerst geneigt, auf eine Affection des Gehirns zu beziehen. Da es aber nur ein Mal auftrat und die Section ein vollständig negatives Resultat ergab, so liegt es wohl näher, die „Delirien" als Ohrschwindel aufzufassen und dieselben zugleich mit dem Erbrechen den Menière'schen Symptomen zuzurechnen, welche bei chronischen Ohrkrankheiten ohne voraufgehende Prodrome apoplectiform auftreten können. Die Ursache der Schlingbeschwerden konnte leider nicht ergründet werden, da Patientin bereits so schwach war, dass eine Untersuchung nicht mehr vorgenommen werden konnte. Es ist zweifelhaft, ob die Erkrankung des Kiefergelenkes die Beschwerden hervorrief wegen der bei Bewegungen des Kiefers auftretenden Schmerzen, oder ob eine Lähmung des Nervus glosso-pharyngeus vorlag.

Wo der Tumor entstanden und von welchem Gewebe er ausgegangen ist, lässt sich schwer feststellen; eines aber ist sicher, dass das Leiden primär im Gehörorgan sich entwickelt hat. Der Befund im März spricht dafür, dass das Carcinom von der Schleimhaut der Paukenhöhle ausging. Merkwürdig ist die Widerstandsfähigkeit der Dura, welche direct der Geschwulst auflag, aber nirgends durchbrochen war. Dies zeugt von der Festigkeit der fibrösen Häute, im Gegensatz zu den Knochen, welche schnell in den pathologischen Process hineinbezogen werden, wie auch hier die ausgedehnte Zerstörung des Knochens beweist.

Um das Präparat zu erhalten, wurde eine eingehendere Untersuchung unterlassen.

Digitized by Google

Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

von

Dr. **Hugo Bergeat**, München.

(Fortsetzung zu No. 9.)

	Sitz		Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anheftung	Umgebung.
I.a. Broadbent	pharyng. Fläche.	unter d. Schleimhaut der aryepiglott. Falte zum Kehldeckel, innen an d. hint. Wand auf d. andere Seite fortschreitend.		blass.	bedeutend.	Schleimhaut gefältelt.	Breite Geschwulst.	L. Stimmband fast, r. ganz frei.
Rauchfuss	rechts.	Stimmband (auch Trachea ist verengt).						
Schrötter	links.	Stimmband, Kante, ganz nahe d. vorderen Anheftung. Narbe an einem Stimmband.		sehr fest — röthlich.	erbsengross.		breitbas.	
Türck	rechts.	Stimmband, innerer Rand und obere Fläche; mehr hinten.		gelbweiss.	erbsengross.	rundlich, wenig uneben, n. drusig.	etwas gestielt.	
Oliver	rechts.	Stimmband.						
v. Balassa	vorne.	dicht unter den Stimmbändern.		offenbar fest, gelbweiss, stellenweise rosenroth.	das grösste entfernte Stück erbsengross.	uneben, drüsig-warzig.	breitbas. flach gelegte Masse.	normal.
Recidiv	„	„		blauroth.	erbsengross.	körnig gelappt.	breitbas.	Kehlkopfschleimh. dunkelroth.

Digitized by Google

Navratil	r., nach l. übergreifend.	vom Sinus Morg. ausgeh., die ganze r. und das vordere 1/3 der l. Hälfte einnehmend.	wie eine getrocknete Ulme.		höckerig, nach hint. spitz; durch 2 verticale Einschn. in 3 Theile getheilt.
Gottstein	vorne.	vordere Commissur, durch horizontalen Einschnitt in eine Partie oberhalb und eine im Niveau der Stimmbänder getheilt.	blassröthlich	fast 2/3 der Rima ausfüllend; nach hinten spitz zulaufend, d. obere Partie nach r., die untere nach l. gerichtet.	
Planchon	vorne.	unter den Stimmbändern, damit verwachsen.	weissgelb, unregelmässig rothgefleckt.	Glottis auf Federkieldicke verlegt	drüsig-höckerig, runzelig.
Ruppaner	links.	Stimmband, fast d. ganze Kehlkopfhälfte bedeck.			
Recidiv		subglottisch.		in 4 Monaten auf Kirschgrösse gewachsen; n. 1 weiteren Monat den subglottisch. Raum beinahe ausfüll.	

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anheftung	Umgebung.
Sidlo	rechts.	Innenfläche der Membr. quadrang. bis zur Mitte des Taschenbandes.		weich wie e. Cyste. Basis blassroth, sonst grauweiss, Spitze fast durchscheinend.	nahezu bohnengross.	rundlich, glatt.	breitbasig.	Stimmbänder normal, Taschenbänd. geschwellt.
Buck	rechts.	r. Kehlkopfseite ober- und unterhalb der Stimmbänder.						
Mackenzie	vorne.	untere Fläche der Epiglottis, vord. Commissur.				glatt.	breitbasig.	roth.
No. 1 Recidiv				offenb. derb.				
No. 2	rechts.	ungefähr Stimmbandmitte; in der Substanz ohne Linien- und Farbenveränderung; später schien es, als käme der Tumor aus d. Ventrikel.		ungewöhnl. hart (fährt beim Sondiren mit Geräusch in die frühere Stellung zurück.	erbsengross, deutlich wachsend.	unbestimmt lappig.		
No. 3	rechts.	Taschenband, auf dem Stimmbande aufliegend; auch Epiglottis.		ohne besondere Färbung.	gross.	unregelmässig.		
No. 4	pharyng. Fläche.	etwas unter den Arykknorpeln, mehr r.	keine Drüsenschwellung.	blassroth.	Gewicht 75 grains; Grösse $^1/_2$:$^3/_4$ Zoll.	tief gefurcht, wie eine geschälte Wallnuss	breitgestielt.	

Digitized by Google

Blanc	vorne und l.; 2. Tumor hinten innen.	Epiglottisbasis, Stimmbandwinkel, und etwas nach l. hin von d. Cart. thyroidea; 2. Tumor, haselnussgross, von der Vorderfläche des r. Aryknorpels.	Fortschreiten auf die Trachea.	sehr fest, fast knorpelhart.	buchstäblich wie ein Pfropfen im Kehlkopf.	ungleichmässig höckerig.	sehr breit aufsitzend.	
1. Recidiv (nach 5 Jahren)	l. und r.	mehr l. als r.; Epiglottis und Aryknorpel ganz gesund.		gelatinös.	nussgross.	gekörnt, kleine Gefässe tragend.		
Laroyenne	rechts.	Stimmbandrand.		dunkler als Umgebung, gelblich.	kirschgross, Glottis zu $^2/_3$ bedeckt.	rundlich.	gestielt.	
Fauvel Fall 33	ganzer vorderer und seitlicher Kehlkopf	wahrscheinlich mehrere grosse Conglomerate; Freibleiben d. interaryt. Partie und von Theilen der Taschenbänder.		graulich.	wie e. grosse Kastanie; Stimmbänder verdeckt.	anscheinend lappig.		übriger Kehlkopf roth, geschwollen, fast ödematös
Fall 80	links.	Stimmband am freien Rand im vorderen $^1/_4$.	Lymphdrüsen beiderseits geschwollen	blassroth.	wie e. grosse Bohne.	höckerig.	ungestielt.	
Recidiv	l. und r.	l. Stimmbandrand, mittl. $^1/_3$, r. ganz vorne am Stimmband Polyp.		weiss.		rund.	birnförm. (schmalgestielt).	
Fall 137	interaryt.	vorne in der Interarygegend.		weiss und zartrosa.	colossal.	gelappt.	wohlgestielt.	
Recidiv	ebenso	kleiner.						

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anheftung	Umgebung.
Fall 190	links	Stimmband auf d. mittl. 1/3, an der Grenze des vorderen 1/3.		dunkelroth.	wie e. grosse Erbse.		ungestielt.	
Fall 211	beiders.	Stimmbänder-Ulceration.	Lymphdrüsen stark geschwoll.	weich — graulich.			breitwuchernd.	oberer Kehlkopf ganz gesund.
Fall 214	rechts.	anscheinend aus d. Ventrikel; Taschenband sehr stark emporgehoben (ähnelt einem tumeur mélicérique oder einem Fibrom).	keine Schwellung der Halsdrüsen.	offenbar hart —rothe, aber gespannte glänzende Schleimh.; einige dilatirte Gefässe.	wie e. grosse Haselnuss.	rundlich, leicht höckerig.	breitbas.	
Section:		im Ventrikel auf der oberen Stimmbandfläche.		sehr fest, unbeweglich; weisslich.	haselnussgross.	rund, an der Spitze narbig eingezog.	sehr breitbas.	übriger Kehlkopf absolut gesund.
Bottini I	?	Schildknorpel unten sehr stark verknöchert.						
Burow I	vorne.	Epiglottis; daneben eine Blutcyste am Halse, die sich wieder füllte und schon vor der Epiglottisaffection vorhanden war.			wallnussgross.			

Digitized by Google

Schech I	l. Aryknorpel?	ganzes Kehlkopfinnere linkerseits oberhalb der Stimmritze; Epiglottis frei.	keine Drüsenschwellung.	an der Basis derber, aber noch elast., an d. Kuppel weich; für die Sonde ziemlich unempfindlich. Blauroth, e. dicke Vene an der Oberfläche; b. Einstich stark blutend.	wallnussgross.	wie das Brunssche Lipom; 3 je silbergroschengrosse, tief von einander abgetrennte Höcker; im Allgemeinen kugelig, glatt.	breitbas.
Recidiv	links.	wie ursprünglich; am Lig. aryepiglott. Verdickungen.	keine Drüsenschwellungen.	Basis dunkelroth mit vielen Hämorrhagien; Kuppe auffällig blass.	weniger gross, als das erste Mal.		
Recidiv (nach 9 weiteren Jahren)	links.	am gleichen Orte (siehe Casuistik).					
Robinson	r. und l.	am r. Stimmband breitbasig; unter dem linken Stimmb. linsengrosser Knoten. — Fortschreiten auf den Schildknorpel l.			haselnussgross.		breitbas.

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anheftung	Umgebung.
Burow II	vorne.	lar. Fläche der Epiglottis.		ziemlich fest. Farbe normaler Schleimhaut	wallnussgross.	rundlich mit vielen kleinen Höckern.	sehr breitbas.	
Recidiv	„	„		blutreicher als früher.			breitere Basis.	
Foulis	links.	hervorsehend unter dem Stimmbande.	2 Halsdrüsen später als 1 Jahr nach der 1. Vorstellung.	ganz weich; blass grauröthlich, wenig blutend.	erbsengross; wächst in 1 Monat auf Himbeergrösse.	rundlich knotig.	anscheinend breitbas.	
bei der Exstirpation.		bis zum 1. Trachealring hinabhängende Masse; im ob. Theile ein Fortsatz in die Thyreotomiestelle						
Lange	rechts.	aus dem Ventrikel kommend, auf die Epiglottis übergehend (Ende des 1. Jahres); $^1/_2$ J. später viel grösserer Tumor nachgewachsen, Auftreibung der r. Schildknorpelplatte; $^1/_4$ Jahr später Ausbreitung auf d. Kehlkopfeingang, die Luftröhre und nach aussen.	anscheinend Drüsenschwellung, aber erst spät; Schwellung der Epididymis.	mässig hart; helle blasse Massen.		maulbeerförmig.		

Digitized by Google

Albert (Recidiv)	links.	Aryknorpel, an der hint. Seite des Kehldeckels e. erbsengrosser Knoten.			haselnuss-gross.			
Ganghofner	rechts.	Stimmband; Wucherung nach dem Ventrikel. Narbige Veränderung an der Epiglottis.		derb; Blassroth.		knollig.	breitbas.	
Küster	l. hinten.	hinter dem l. Stimmband; dasselbe z. Theil defect.						entzündl. Schwellung.
Recidiv	ebenda.							
Rzehazek		ganzer Larynx u. Schilddrüse.	Metast. in d. Lunge.					
Semon I		doppelseitige Ulceration der Stimmbänder.						
Coupard	pharyng. Wand.	Regio cricoarytän. post. mehr nach links.						
v. Bergmann	ganz diffus, ausser Epiglott.	l. aryepiglott. Falte ein dicker Wulst, am hinteren Ende eine warzenförmige Hervorragung; an Stelle des l. Stimmbandes nur ein Buckel; keine Abgrenzung zwischen Stimm- u. Taschenband. R. Stimmband geröthet, ulcerirt, Taschenband verdickt; unterhalb des r. Aryknorpels geht ein Narbenstrang nach l. hin.	keine Drüsenschwellung.		Starrer- und Dickerwerden innerhalb 6 Wochen.		diffuse Schwellung.	
Bottini II		nach aussen perforirt.						

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz. Farbe	Grösse	Form	Anheftung	Umgebung.
Butlin	pharyng. Seite eines Arytknorpels.							
Labbé	links.	Taschenband. Verlegung des Zuganges zur Speiseröhre.			wallnussgross.			
Hahn	rechts und auch links.	ganze r. und Theil der l. Kehlkopfseite bis zur Epiglottis ergriffen; Kehlkopf auch aussen ziemlich angeschwollen, besond. r.; Kopfnicker, Sternohyoid. und Hyothyreoid. infiltrirt.		zerfallene Oberfläche bläulich.	gross.			
Newman I	besonders l.	übergreifend auf d. Basis der Epiglottis und das r. Stimmband. Durchtritt durch den oberen Einschnitt des Schildknorpels.	keine Metastasen.		wallnussgross.	glatt.	nicht deutlich abgegrenzt.	aryepigl. Falten ödematös
Jurist	links.	Stimmband.		derb; grau.	wie e. Rosskastanie.	glatt, kugelig.		
Gleitsmann	links.	Stimmband.	Submaxillardrüs. geschwoll.		mandelgross			

Digitized by Google

Semon II	vorne u. Seitenwände.	subglottischer Raum, begrenzt durch d. unteren Rand d. Cricoidea. Austritt durch den Zwischenraum zwischen Cricoidea und Thyreoidea, von aussen her zu fühlen. Affection d. Proc. pyram. der Schilddrüse.	reichliche Drüsen beiders., besonders rechts u. hinten in d. Furche zwischen Larynx u. Oesophagus; im Leben nicht zu fühlen.			Mucosa grossentheils zottig, ohne Geschwür.	nirgends sehr hervorragend.	
Cacciopoli (Recidiv)		Larynx und Trachea.						
Délie	hinten, mehr phar. Wand.	zwischen d. Aryknorpeln mehr auf der Pharyngealfläche.		Fleischconsistenz; roth.	wie e. grosse Haselnuss.	glatt, rundlich.	gestielt.	
Recidiv	ebenda		Drüsenschwellg. etwa 21 Monate nach den ersten Symptomen.	schmutzig-grau.			birnförm. gestielt und beweglich.	Schwell. der ganzen Arygegend, d. Taschenbänder u. gegen den Oesophag. hin.
Heiberg	vorne u. eine Seite	Epiglottis und Lig. aryepiglott.			ganz gross.			

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz. Farbe	Grösse	Form	Anhaftung	Umgebung
Bessel-Hagen	links.	unter dem Stimmbande nahe der hinteren Kehlkopfwand. Ausgedehnte Verknöcherung des Larynx.	einige Lymphdrüsen geschwoll.		kirschgross.			
Jurasz	Kehlkopfhöhle, nur Epiglottis frei.	l. Taschenband stark infiltrirt, nach vorne 2—3 tuberöse Erhabenheiten; l. Aryknorpel und aryepiglott. Falte sehr stark verdickt und ödematös. R. geht die Infiltration auf die Plica interaryt. über; tuberöse Erhebung; unterhalb des r. Stimmbandes höckerige Verdickung der Submucosa. Ulceröse Einrisse in d. Infiltration l.		sehr fest.	hochgradige Verengerung ober- und unterhalb der Glottis.			gesammt. Larynxschleimhaut stärker geröthet.
Schnitzler-v. Frisch	r. und l. und Trachea.	r. Taschenband in ganzer Länge und Dicke gleichmässig infiltrirt; l. unter dem Stimmbande eine Geschwulst.		anscheinend weich; grauweiss.	r. die ganze Rima deckend; l. haselnussgross.		gleichmässig infiltrirt.	
Tietze		über und auf d. Stimmbändern.						

Digitized by Google

Browne, Lennox Fall 3	Sinus pyrif.	von aussen zu fühlen. Aryepiglott. Falte etwas ödematös. Hängende Geschwülste in Kehlkopf und Luftröhre.	bei der Section Drüsenschwellung.	weich wie ein Abscess; später ziemlich derb.	von aussen wie ein Bantamei zu fühlen.			
Fall 8	phar. Fläche.	hintere Fläche der Cricoidea u. l. Aryknorpel.	deutliche Drüsenschwellung.	ziemlich fest; blass.	zieml. stark vorspringend.			beide Stimmbänder gelähmt.
Fall 10	rechts.	ausgehend vom Taschenbande, später ganze r. Seite.		hellroth.		klein gelappt, vorne u. auf d. Epiglottis maulbeerförm.		
Arnaud-Moure	links.	Stimmband, vorderer Abschnitt.		grauroth.	erbsengross.	höckerig, langgestreckt.	beweglich.	
Cohn	r. Sinus pyrif.	ulcerirtes Gewächs im Sin. pyrif.; ein Infiltrat in d. Schleimhaut des Lig. aryepigl. gleich einem Oedem zum Tumor nach Aussen ziehend.	sehr vergrösserte Lymphdrüsen bis zum Kiefer und zur Mitte des Halses ziemlich derb knollig.		erdbeergross.	kleindrüsig, warzig, (blumenkohlähnlich).		l. Stimmband leicht geröthet.
Bosworth		subglottisch.						

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anhaftung	Umgebung
Scheinmann	links.	unter dem Stimmbande in der Gegend des Proc. vocalis etwa 2 Ctm. in die Tiefe reichend; obere Stimmbandfläche ähnlich wie bei Pachydermie.		weich. Graugelb.				l. obere Stimmbandfl. durchaus normal. Umgebg. wenig geröthet.
Recidiv Cohen, Solis II		genau wie früher. nach Aussen durchbrechend.						
Dansac	rechts.	Stimmband.			enorm.			
Paul	vorne u. rechts.			ungewöhnlich fest.		genau wie ein Papillom.	breitbas. (Basis von der Grösse eines 20 Pfennig-Stückes.	
Mackay					fast ganz den Larynx verlegend, in den Pharynx ragend.			
Birkett	subglottisch.			dunkelroth, einige erweiterte Gefässe.	nur eine schmale Spalte hinten geblieben.			

Digitized by Google

Szmuilo	rechts.	Stimmband; das Carcinom sass auf der hinteren Wand und dem anderen Stimmbande.		bohnengross		breitbas.	
Semon III	links.	Stimmband, hinteres Ende.			aus zwei Theilen bestehend.		Beweglichkeit d. linken Stimmbandes leicht beschränkt.
Schech II	subglottisch beiderseits.	innerhalb des Perichondriums d. Ringknorpels, mit Verschonung des vordersten Abschnittes; subglottisch 2 seitl. und darunter ein hinterer Wulst.	anscheinend **weiche Geschwulst**masse.	wie 2 starke Mandelkerne.	d. Seitenwülste glatt, der hintere Wulst anscheinend gefurcht.	ganz breite Auftreibung.	
Bergeat	vordere Fläche der Epiglottis.	vordere Fläche der Epiglottis, ganz an d. Mittellinie und genau bis zur Kante, rechtsseitig.	**weich**; **gelb.**	vom Volumen resp. Umfange von Hanfkörnern.	getheilt in 3 glatte flache bis polypöse Abtheilungen.	oberer Höcker gestielt, mittlerer breitbas., unterer flach.	Umgebung normal.
Baurowicz	l. Aryknorpel.	bedeutende Schwellung des l. Aryknorpels und der l. seitlichen Partie.	**weich**; **hochroth.**	Tumor des Aryknorpels taubeneigross, wachsend.	mehrere glatte Erhabenheiten, zum Theil ödematös	diffuse Schwellung.	andere Seite durchaus normal.

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anhaftung	Umgebung
I. b. α. Lücke (cf. Luftröhre)	ausgehend von Thyr.	bis unmittelbar unter das Stimmband von d. Trachea her gewuchert.						
Caselli	sec.? vom Gaumen.	Ganzer Kehlkopf, Theile des Gaumensegels und Zungengrundes.						
Delafield	Rachen.	Kehlkopf, Rachen und Zungengrund.						
Heath	Thyr.	Durchbruch in Kehlkopf und Luftröhre unterhalb der Stimmbänder.						
Gerster	Rachen.	Mandel, Rachen, Zungenbein; vom Kehlkopf der Kehldeckel und die r. Hälfte ergriffen.						
Morgan	Zunge.	Zungengr. u. Kehldeckel.						
Lanz	Thyr.	Verwachsung mit der vord. Kehlkopffläche.						
Scheier	Zungengrund (d. einzige unter Scheier's 18 Fällen)	Recidiv. Kehldeckel fast völlig abgefressen, an seiner Stelle kleinere und grössere Wülste bis zu Pflaumengrösse, polypös gestielt in d. Kehlkopf hängend; vom r. Taschenbande hängt ein grösserer Wulst über das Stimmband herab.	Nackendrüsen angeschwoll.	anscheinend weich.			polypös in den Kehlkopf hängend.	l. Stimm- und Taschenband gut erhalten.

Digitized by Google

Bruck	r., wahrscheinl. von den tiefen Halsdrüsen aus.	Stimmband; um d. Hintergrund des Sinus herumgreifend auf d. Taschenband.					
M'Burney	Zunge.	1/2 Kehldeck. mitentfernt.					
I. b. β. Eppinger	Bronchialdrüsen.	2 je taubeneigrosse Knoten an der hinteren Kehlkopfwand, mehrere Knoten im Kehlkopfinnern.					
I. c Fauvel Fall 129	links.	Stimmband zwischen mittlerem und hinterem 1/3 am freien Rande.	dunkelroth.	erbsengross.	rund.	gutgestielt.	oberer Kehlkopf gesund.
Fall 267	rechts.	Stimmband, freier Rand des vorderen Theils, Petiolus.	weisslich.	haselnussgross.			Taschenband dunkelroth, Stimmb. matt, graulich.
Stokes	rechts u. hinten.	kleiner Tumor je am r. Stimmband und an der hint. Kehlkopfwand.		nicht gross.		breitbas.	
Töplitz	rechts.	Sinus Morgagni, das r. Stimmband bedeckt.	hart; weiss.		glatt, auf dem Schnitte lappig durch Bindegewebe.		

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anhaftung	Umgebung
Tschudi	links.	Taschenband, Aryknorpel, übergreifend auf den Kehldeckel.		graurоth, leicht blutend.	r. Stimmb. beinahe ganz verdeckt.	höckerig.	breitbas.	
II. a. Schrötter	r. hinten.	hinterer Theil d. rechten Trachealseite, vom 4. Trachealring abwärts auf die Länge von 2—3Ring.		anscheinend weich, blassroth.	an d. Vorderwand anstossend.	grosskörnig; gelappt.	gestielt.	
Section (Zeman) nach 20 Jahren		am 2.–5. Trachealring.			das ganze Lumen ausfüllend.			
Meyer-Hüni	l. hinten.	3 Trachealringe deutlich sichtbar.	keine Drüsen am Halse.	blass.	Trachea fast vollkommen verlegt.	maulbeerförmig, Schleimhaut straff, matt glänzend.		
bei der Operation	„	an der hinteren l. Wand; Sitz viel tiefer als vermuthet war.		offenbar derb; spärlich vascularisirt	21 Cm. lang, 18 Cm. breit, 10 Mm. grösste convexe Erhebung.	wie ein fibröser Nasenpolyp.	breit aufsitzend; nach oben hin e. bohnengrosser, leicht gestielter Fortsatz, unten eine kirschkerngrosse Prominenz.	
Johnston u. Cotterill	l. hinten.	1½ Zoll unter dem Kehlkopf.			d. Lumen fast verschliess.		breit aufsitzend.	

Digitized by Google

Bamberger-Billroth	vorne.	vordere Wand.					
Chiari-Maydl		1 grosse, mehrere kleine Geschwülste.		die kleineren hanfkorngross.			
Koch	r. hinten.	genau wie in Schrötter's Fall.	im Leben weich; dunkelroth, sehr blutreich.		glatt.	breit aufsitzend, unbeweglich.	
II. b. Lücke	ausgehend von Thyr.	zwischen Luft- u. Speiseröhre gewuchert; Trachea vorgewölbt, nicht sowohl durch Druck, als durch Zwischenwucherung; die Schleimhaut $^3/_4$—1 Ctm. vorgewölbt und die Knorpel umwachsen.					Schleimhaut ganz unverletzt, wulstig.
Müller	Thyr.	Luftröhre 3 Ctm. unter dem Ringknorpel groschenstückgross durchbrochen.			höckerig, flach.		gelbweiss ulcerirt.
Rose	Thyr.	Luftröhre unterhalb des Ringknorpels 5 Mon. n. Beginndeutlicherweicht.					
Paget	Phar.	vom Rachen seitlich des Sinus pyriformis in die Trachea hineinwuchernd.	blass.		glatt, rundlich, knollige Massen.	breit aufsitzend, unbeweglich.	
Schnitzler-v. Frisch	Lar.	mehrere (5—7) kleine Knoten.					

Siehe auch unter den Kehlkopffällen Räuchfuss, Lange, Cacciopoli, Lennox Browne Fall 3.

Digitized by Google

Das primäre Kehlkopfsarcom hat demnach seinen ursprünglichen Sitz gehabt

18 Mal an der rechten Seitenwand,
16 „ „ linken „
7—12 Mal an der vorderen Wand,
8—9 Mal an der pharyngealen Fläche,
2—3 Mal an der hinteren Wand,
1 Mal an der lingualen (vorderen) Kehldeckelfläche;

oder, wenn wir die Bestandtheile des Kehlkopfes in Betracht ziehen,

15—16 Mal auf dem Stimmbande (speciell erwähnt
5 Mal im vorderen Theile, hiervon 3 Mal auf der Kante,
1 Mal in der Mitte,
1 Mal im hinteren Abschnitte),
7—9 Mal auf der Epiglottis incl. der Commissur (1 Mal auf der vorderen Fläche der Epiglottis),
6 Mal auf dem Taschenbande incl. der Membrana quadrang.,
9 Mal subglottisch (meistens mehr nach hinten),
3 Mal im Ventrikel (jedesmal rechts),
5—9 Mal am Aryknorpel (öfter auf der hinteren als vorderen Fläche, speciell erwähnt; cf. unten),
2 Mal in der interaryt. Gegend (1 Mal vorne, 1 Mal mehr auf der Kante, mehr hinten),
4 Mal an der pharyngealen Fläche (3 Mal seitlich, am Aryknorpel, 1 Mal median),
2 Mal im Sinus pyriformis.

Die Sarcome der convexen oder pharyngealen Kehlkopfseite mit Einschluss des Sinus pyriformis konnte ich mich nicht entschliessen, als Pharynxgeschwülste, wie das mehrfach geschehen ist, aufzufassen, nachdem diese ganze Partie fast ausschliesslich den Kehlkopfgebilden ihre Modellirung verdankt und ausserdem diese Sarcome fast nur gegen den Kehlkopf hin sich ausdehnen. Aehnliches gilt auch vom vorderen Epiglottissarcome.

Es ist heute noch nicht möglich, aus entwicklungsgeschichtlichen Verhältnissen unanfechtbar die Localisation der Kehlkopfsarcome zu erklären.

Die Zählung ergiebt nun, dass in zwei Drittel der Fälle die seitlichen Partien des Kehlkopfes, und beinahe ebenso oft die gesammte vordere Hälfte des Kehlkopfes den ursprünglichen Sitz der Geschwulst abgeben.

An der Epiglottis findet sich primär nur Spindelzellen- (resp. Fibro-) Sarcom; auch an den Stimmbändern sind, ausser von Jurist, nur solche Sarcome beobachtet, welche Spindelzellen, manchmal freilich neben anders geformten Zellen enthalten; noch an den Taschenbändern und im mittleren Theile der convexen (pharyngealen) Kehlkopfseite bilden die gleichen Sarcome die Hälfte der Fälle. Dagegen sind der Ventrikel, der Sinus pyriformis, die Membrana quadrangularis, der subglottische Raum und zumeist auch die vordere Aryknorpelfläche das Revier der primären Rund- und Alveolarsarcome.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Bericht
über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Schluss zu Nummer 9.)

IV. Sitzung Sonntag, den 2. Juni, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Zaufal (Prag).

17) Szenes (Budapest): Ueber einen seltenen Fall von Otitis externa post infectionem.

Der protrahirte Verlauf einer rechtsseitigen Otitis externa diffusa betraf eine Amme, welche sich das Ohr wegen Juckreiz rüttelte und sich unachtsamer Weise die Infection vom geimpften Arme des Säuglings zuzog. Pat. hatte übrigens auf der linken Wange, 1 Ctm. weit von dem linken Mundwinkel, auch noch eine regelrechte Vaccinations-Pustel.

Nach einem Verlaufe von 23 Tagen hörte die früher unter stürmischen Erscheinungen einhergegangene Entzündung auf, es erfolgte eine schwache Desquammation der Gehörgangswände, und nach neueren 10 Tagen war im Eingange des äusseren Gehörganges, an der unteren Wand, die narbige Entartung der Haut zu sehen, ähnlich jenen Stellen, die Jeder am Oberarm dort hat, wo die Vaccination vorgenommen wird.

Aehnliche Infectionen sind in der Ophthalmologie beschrieben, wo die Infection auf die Conjunctiva übertragen wurde. Die otologische Literatur enthält keine ähnlichen Fälle, weshalb Sz. den seinigen schon der Seltenheit wegen für erwähnenswerth hält.

18) Katz (Berlin): Demonstration von Diapositiven stereoscopischer Ansichten durchsichtiger macroscopischer Präparate des normalen mittleren und inneren Ohres (Autoreferat).

Besonders instructiv erscheint in einem Osmiumpräparat die Darstellung der Ausbreitung des Nervus cochlearis der Schnecke, ferner die Ansicht des Sacculus und Utriculus mit den durch Osmiumsäure dunkel gefärbten Maculae acusticae.

An einem anderen Diapositiv sind die Ampullen mit den dazu gehörigen häutigen halbzirkelförmigen Canälen durchsichtig. Ferner ist das Helicotrema, der Aquaeductus cochleae, in einem Trommelfellbilde die Tröltsch'schen Taschen in körperlicher Ansicht zu schauen. Ferner wäre bei der Betrachtung der Paukenhöhle von innen die transversal verlaufende, relativ starke Tensorfalte zu erwähnen. Diese ist hier ausnahmsweise mit einer vom Hammerkopf nach innen frontal verlaufenden Falte verbunden. K. glaubt, dass bei Durchschneidung der Sehne, z. B. bei Sclerose des Mittelohres, der Effect der Operation deshalb so häufig für die Dauer ausbleibt, weil diese Falten das Wiederverwachsen der Sehne ausserordentlich begünstigen.

Digitized by Google

19) Derselbe: Demonstration eines microscopischen Präparates (Endigung des Nervus cochleae). (Autoreferat.)

Es handelt sich hier um das Corti'sche Organ eines Kaninchens, bei welchem die fächerartige, von oben nach unten verlaufende Ausstrahlung der äusseren radiären Fasern gegen die innere Seite der Deiters'schen Zellen sehr deutlich zu sehen ist. In seiner früheren Ansicht, dass ein Umbiegen der äusseren radiären Fasern in die äusseren dreireihigen spiralen Fasern stattfindet, ist K. auf Grund von Zupfpräparaten wankend geworden, er möchte vielmehr die äusseren spiralen, dicht gedrängten Fasern für einen Stützapparat, theils für die Deiters'schen Zellen, theils für die auf ihrem ziemlich weiten, queren Weg im Tunnelraum frei in die Endolymphe hängenden äusseren radiären Nervenfasern halten. Diese letzteren tauchen, wie im Präparat zu sehen ist, in eine dunkle, granulirte Masse, welche mantelförmig das von K. früher beschriebene, jetzt von C. Benda bestätigte, zangen-becherförmige Gebilde, in welchem das untere Ende der Stäbchenzelle steckt, umgiebt. Diesen granulirten Mantel hat K. besonders schön bei 1 procentiger Formalinconservirung bei der Maus gesehen. K. ist geneigt, eine innige Beziehung zwischen den Nerven und dieser granulirten Masse, welche die Partie zwischen dem Kern der Corti'schen Stäbchenzellen und dem etwas grösseren Kern der Deiters'schen Zellen stark verdunkelt, anzunehmen. Einen directen Zusammenhang zwischen diesen radiären Nervenfasern und den Corti'schen Zellen hat K. nicht sehen können.

20) Walb (Bonn): Ueber die Prophylaxe und die Behandlung der Mittelohreiterung bei Säuglingen.

Angeregt durch die Mittheilungen von Kossel und Hartmann, suchte sich W. einschlägiges Material aus der Bonner Kinderpoliklinik, welches sich zumeist aus 2 — 3 Monate alten atrophischen Kindern recrutirte. Zur Reinigung des Gehörganges von seinen eingetrockneten Massen benutzte W. warmes Glycerin, eventuell das Ausspritzen. Bei bestehender Mittelohreiterung der Säuglinge unterstützte W. den Eiterabfluss aus der weiten Tube durch Anwendung der Luftdouche.

Von prophylactischem Standpunkte meint W., sobald wie möglich nach dem Geburtsacte eine Reinigung der Nase mit Hilfe der Luftdouche vorzunehmen, wodurch es ermöglicht ist, der Infection des Ohres von der Nase her vorzubeugen. Bei dieser Procedur soll ein kleiner Ballon, bei geöffneter anderer Nasenseite, angewendet werden; die andere Nasenseite soll während der Luftdouche nur dann geschlossen werden, wenn Verdacht vorliegt, dass die Ohren bereits afficirt sind.

W. schlägt vor, die Anwendung der Luftdouche in diesen Fällen in der Weise zu verallgemeinern, dass man kleine Ballons auch in die Hand von nicht Ohrenärzten (Hebammen, eventuell auch Müttern) gebe.

Discussion:

Panse (Dresden) fragt mit Bezug auf Haug's Aeusserung, dass ein grosser Procentsatz der Ohreiterungen bei Säuglingen von Gonococcen herrührt, Hartmann und Kossel hingegen niemals Mittelohrgonorrhoe nachweisen konnten, ob etwa Untersuchungen angestellt wurden, diese Differenz zu überbrücken.

Digitized by Google

Brieger (Breslau) glaubt, dass Haug's Mittheilungen bezüglich der Gonococcen vereinzelt dastehen, er selbst konnte in vielen einschlägigen Fällen keine Gonococcen nachweisen. — Auch erwähnt B., dass der Unterrichtsminister, auf Grund der Untersuchungen von Hartmann und Kossel, die Bezirksregierungen bereits angewiesen hat, die Hebammen auf das Uebel und die Consequenzen aufmerksam zu machen.

Hartmann (Berlin) erwähnt ebenfalls, dass Gonococcen im Berliner Institut für Infectionskrankheiten nie gefunden wurden, selbst bei solchen Kindern nicht, bei welchen an anderen Organen oder bei den Müttern specifische Blennorrhoe bestand. — Zur Reinigung der Ohren empfiehlt H., im Gegensatze zu Walb, in erster Reihe die trockene Entfernung der Massen (Lockerung mit der Sonde und Entfernung mit der Zange); sollte dies nicht gelingen, so erweist sich am besten zur Reinigung Wasserstoffhyperoxyd.

Beckmann (Berlin) meint, dass die von Walb erwähnten Verschluckungen der Kinder nur dann eine Ohrenentzündung veranlassen können, wenn der Nasenrachenraum krank ist, besonders wenn eine vergrösserte oder entzündete Rachenmandel vorhanden ist. Eine von W. erwähnte Anwendung der Luftdouche ist in diesen Fällen zu verwerfen und als einzig rationelle Therapie kann nur die Entfernung der Rachenmandel gelten.

Zaufal (Prag) hält die von Walb vorgeschlagenen Luft-Einblasungen — zur Herausbeförderung von grösseren Mengen Schleims, Amnionflüssigkeit, Vernix caseosa etc. aus der Nasenhöhle und dem Nasenrachenraum —, selbst bei Offenhalten einer Nasenhälfte und mit einem kleineren Ballon vorgenommen, für gefahrvoll. Unter normalen Verhältnissen werden diese Massen bei dem Uebertritt des reifen Kindes aus dem Intrauterinarleben in das Luftleben, mit der Einleitung der Respiration, unterstützt durch die Saug- und Schluckbewegungen, ohne jede künstliche Nachhilfe entfernt. Die verhältnissmässige beträchtliche Weite der kindlichen Tube würde durch solche Einblasungen das Eindringen der erwähnten Massen in das Mittelohr begünstigen und damit eben das erzeugen, was man doch verhindern soll. Eine allgemeine Anwendung solcher Lufteinblasungen nach der Geburt, und besonders durch nicht fachkundige Personen (wie Walb meint, durch Hebammen), sollte keineswegs gestattet werden. Z. erinnert auch, dass andere Versuche bei Neugeborenen, die Natur zu unterstützen, sich als schädlich herausgestellt haben, wie z. B. das Reinigen des Mundes, von dem Prof. Epstein in Prag nachgewiesen hat, dass es die als Bednar'sche Aphthen bezeichneten Gaumengeschwüre hervorruft.

21) Lucae (Berlin): Ein neues Instrument zur Hervorziehung des Hammergriffes bei starker Einziehung resp. Verwachsung des Trommelfelles (Demonstration). (Autoreferat.)

In Fällen dieser Art ist bereits der Versuch gemacht worden, den Hammergriff vermittelst eines Häkchens hervorzuziehen und dabei event. vorhandene Synechien zu trennen. Es soll hier hauptsächlich darauf hingewiesen werden, dass solche Versuche nur dann berechtigt sind, falls sie ohne grobe Nebenverletzung vorgenommen werden können. Hierfür bietet die Anwendung eines beliebigen Häkchens keine genügende Ga-

Digitized by Google

rantie, während wiederum der Zweck nicht erreicht wird, wenn aus Vorsicht keine genügende Kraft angewandt wird.

L. hat diesen Mängeln durch Construction eines kleinen Instrumentes abgeholfen, welches die Zugwirkung durch Schraubendrehung bewirkt. Die mechanische Vorrichtung ist eine sehr einfache. Der Schaft des Häkchens befindet sich in einem Cylinder, in welchem er durch eine Feder für gewöhnlich festgehalten wird. Dreht man jedoch eine am Griffende angebrachte Schraube, so gleitet der Haken langsam nach aussen unter allmählig gesteigertem Zuge. — Bei Ausführung der Operation wird das Instrumentchen mit der rechten Hand eingeführt, das scharfe Häkchen je nach den Raumverhältnissen hinter oder vor dem kurzen Fortsatze eingeführt und der Hammergriff sanft gezogen. Darauf wird der Cylinder in die linke Hand genommen, worauf mit der rechten Hand die Schraubendrehungen ausgeführt werden. Die Grösse des ausgeführten Zuges lässt sich an einem Millimetermaass ablesen.

L. hat das Instrument über ein Jahr in Gebrauch und dasselbe bisher in 14 Fällen benutzt, von denen 6 wesentlich gebessert wurden. Eine entzündliche Reaction trat in keinem Falle ein, und liess sich bei der meist rapiden Heilung der minimalen Trommelfellwunde die Operation an einem und demselben Patienten öfters vornehmen. In zwei Fällen schickte L., bei Wiederholung der Operation, die Tenotomie des Tensor tympani voraus, ohne jedoch hierdurch eine wesentliche Besserung zu erzielen.

22) Hansberg (Dortmund): Demonstration anatomischer Präparate (Autoreferat).

H. demonstrirt mehrere anatomische Präparate, die das topographische Verhältniss des Schläfenbeins zu den einzelnen Hirntheilen, insbesondere zum Schläfenlappen und Kleinhirn demonstriren sollen. Im Ganzen werden vier Hirne demonstrirt, die zum Theil in Müller'scher Flüssigkeit, zum Theil in Alcohol gehärtet sind.

Zur Demonstration des Situs wird ein in Müller'scher Lösung gehärtetes Hirn in einen macerirten Schädel gelegt, dessen Dach so entfernt ist, dass fast sämmtliche Hirnwindungen, insbesondere die ganze äussere Fläche des Schläfenlappens zu sehen sind. Sämmtliche Rindencentren, die Centren der Centralwindungen, das motorische Sprachcentrum und das Centrum für die amnestische Aphasie sind durch farbigen Anstrich veranschaulicht, und zeigt sich dabei, dass von einem Schläfenlappenabscess diese Centren nicht getroffen werden können, mit Ausnahme des Sprachcentrums der obersten Schläfenwindung. Soll der Schläfenlappenabscess Herderscheinungen machen, so bewirkt er dies durch Fernwirkung auf den hinteren Schenkel der inneren Kapsel.

Zur Illustrirung der Lage der letzteren zu dem Schläfenlappen wird ein anderes Hirnpräparat vorgelegt, bei dem die Hemisphären oben so weit abgetragen worden sind, dass die Seitenventrikel mit Vorder-, Unter- und Hinterhorn offen liegen, auf der einen Seite ist dabei durch Abtrennung des oberen Theiles des Corpus striatum und Thalamus opticus die Capsula interna sichtbar gemacht, die in ihrer ganzen Länge zu sehen ist. Wie das Präparat zeigt, liegt dieselbe nach innen vom Unterhorn.

Digitized by Google

Das Verhältniss des letzteren zur inneren Kapsel wird besonders gut veranschaulicht durch Frontalschnitte, es werden deshalb zwei in Alcohol gehärtete Hirne vorgelegt, bei denen ein Frontalschnitt durch die hintere Commissura des III. Ventrikels angebracht ist, entsprechend ungefähr einer Ebene, die man sich durch beide Gehörgänge des Schädels gelegt denkt, dabei zeigt sich, dass das Unterhorn nach aussen von der inneren Kapsel gelegen ist; ein Schläfenlappenabscess, der vom Tegmen tympani seinen Ausgang nimmt, wird daher beim Wachsen nach innen zuerst auf die äussere Wand des Unterhorns stossen und Gefahr laufen, in dieses durchzubrechen, bevor er Herderscheinungen macht. Wir würden vielleicht viel seltener Herderscheinungen beim Schläfenlappenabscess beobachten, wenn nicht das Gewebe des Ventrikels eine festere Consistenz hätte, als die umliegende weisse Marksubstanz, der Abscess hat daher die Neigung, in erster Linie die weisse Markmasse einzuschmelzen und sich in dieser auszudehnen, immerhin besteht bei der ungünstigen anatomischen Lage des Unterhorns die grosse Gefahr, dass der Hirnabscess in dasselbe durchbricht, ohne Herderscheinungen geboten zu haben. Aus diesem Grunde ist zu empfehlen, nach Möglichkeit schon vor dem Auftreten von Herderscheinungen die Trepanation zu machen, wenn uns weitere Erscheinungen, vor Allem die Zeichen eines erhöhten intracraniellen Druckes (intensiver Kopfschmerz, Stauungspapille etc.), unter Berücksichtigung der vorausgegangenen oder noch bestehenden Ohreiterung, in die Lage setzen, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Hirnabscess" zu machen.

Discussion:

Panse (Dresden) hält die Neigung der Hirnabscesse, in die Ventrikel durchzubrechen, nicht für so gross, dass die Drucksymptome selten zu Stande kämen. In einem in der Hallenser Ohrenklinik beobachteten Falle war eine ganze Hemisphäre in einen Eiterbeutel verwandelt, ohne ein Symptom des Durchbruches oder des Abscesses verrathen zu haben.

Jansen (Berlin) erwähnt, mehrfach gesehen zu haben, dass der ganze Schläfenlappen einen grossen Abscess vorstellte, jedoch ohne dass Herdsymptome bestanden hätten.

Joél (Gotha) meint, dass die Druckerscheinungen nicht von der Grösse des Abscesses, sondern von der des Hirnödems abhängen, und deshalb können auch bei grossen Abscessen (wie z. B. in dem von Panse erwähnten Falle) nur geringe Druckerscheinungen vorhanden sein. Die Indication zur Operation muss man auf Grund des klinischen Bildes stellen, und man soll nie so lange warten, bis Herdsymptome auftreten.

Hansberg antwortet Panse, dass wohl nicht in jedem Falle der Abscess in den Ventrikel durchbrechen muss, doch bei einem Schläfenlappenabscess erfolgt der Durchbruch in's Unterhorn, bevor noch Herdsymptome aufgetreten sind.

23) Reinhard (Duisburg): Demonstrationen.

Zuvörderst demonstrirt R. eine intra vitam exfolirte Schnecke und giebt eine ausführliche Krankengeschichte des betreffenden Falles. Die 37 Jahre alte Frau hatte eine auf Rhinitis acuta zurückzuführende 10jährige linksseitige Mittelohreiterung, welche 3 Wochen vor der Aufmeisselung die ersten bedrohlichen Symptome — Kopf- und Ohren-

Digitized by Google

schmerzen, Erbrechen, Schwindel — zeigte. 3 Monate nach der Aufmeisselung trat plötzlich Facialisparese in den unteren Aesten auf, der Warzenfortsatz wird neuerdings eröffnet, wobei sich die mediale Paukenhöhlenwand, in grösserer Ausdehnung als bei der ersten Aufmeisselung, cariös fand; während des Wundverlaufes mussten mehrere Male Granulationen von der medialen Wand der Paukenhöhle theils abgetragen, theils weggeätzt werden, bis gelegentlich eines Verbandwechsels — 6 Monate nach Auftreten der ersten Labyrinthsymptome — die Schnecke in 1½ Windungen sequestrirt ausgestossen wird; 3 Wochen später wird ein sich abgestossener Theil der knöchernen medialen Paukenhöhlenwand extrahirt, und nach einer fortgesetzten, nahezu ein Jahr anhaltenden Behandlung erfolgte die Heilung mit vollkommener Epidermisirung und Trockenheit. R. hält den Fall für einen Beweis, dass die Ursache der eiterigen Labyrinthentzündung ausschliesslich auf die eiterige Mittelohrentzündung zurückzuführen ist, und wahrscheinlicher Weise hat sich während des Bestehens der Labyrinthitis, nach dem inneren Gehörgang zu, ein bindegewebiger Abschluss als Schutz gegen die Fortleitung der Eiterung nach dem Schädelinnern zu gebildet.

R. demonstrirt ferner eine leinene Kopfhaube mit grossem Ohrausschnitt für Aufmeisselungen; durch dieselbe werden die nicht abrasirten Haare, besonders bei Frauen, bequem zurückgehalten.

Endlich zeigt R. einen Holzblock, den er bei Operationen in der Narcose unter den Kopf schiebt, damit die nicht zu operirende Kopfseite hier ruhe.

Discussion:

Panse (Dresden) demonstrirt im Anschlusse Tücher. Dieselben sind aus einem halben Taschentuche angefertigt und haben im unteren Drittel ein umsäumtes Loch von der Grösse eines Ohrtrichters. Stets sterilisirt bereit gehalten, werden sie dem Patienten über Ohr und Kopf gelegt und durch das Loch der Trichter in den Gehörgang eingeschoben. Es ist hierdurch möglich, ohne Ohrmuschel und deren Umgebung jedes Mal desinficiren zu müssen, auch noch die Kleider der Patienten vor Verunreinigung mit Blut, Höllenstein, Jodoform etc. zu schützen.

24) Brieger (Breslau): Ueber Carcinom des äusseren Ohres (Demonstration).

B. demonstrirt die stereoscopische Photographie und das Schläfenbein einer Frau, die an einem innerhalb von mehr als 20 Jahren entwickelten Cancroid der rechten Kopfhälfte zu Grunde ging. Durch Monate war an den Rändern eines, den grössten Theil des Schläfenbeins betreffenden necrotischen Bezirks breite Dura-Pulsation bemerkbar. Bei der Obduction fand sich ein grosser Defect der Schuppe und des lateralsten Drittels der Pyramide; der Gehörgang war bis auf eine schmale Spange der hinteren und unteren Wand zerstört, Pauke und Antrum lagen frei zu Tage. Nach der hinteren und mittleren Schädelgrube zu war der Schädel breit durchbrochen. Der Sinus transversus war vollständig obliterirt, die Vena jugularis in ihrem ganzen Verlaufe thrombosirt.

Digitized by Google

Im Gegensatze zu dem protrahirten Verlaufe dieses Falles steht der rasche Ausgang eines Falles von primärem Gehörgangs-Cancroid, von welchem B. microscopische Präparate vorlegt. Hier wurde die Ausschälung des Gehörgangs, nach Ablösung der Ohrmuschel, und die Abtragung einer geschwellten Drüse auf dem Warzenfortsatze vorgenommen. Das Periost des Proc. mast. war krebsig infiltrirt, der Knochen selbst intact; in der Paukenhöhle ergab sich der Befund chronischer Schleimhauteiterung und kein Zusammenhang mit der Neubildung im Gehörgang. Nach 4 Wochen Recidiv.

B. betont die Schwierigkeiten der Diagnose und die oft geringe Beweiskraft des histologischen Befundes. In dem zuerst erwähnten Falle ergab die Untersuchung der zu diesem Zwecke excidirten oberflächlichen Tumor-Partie nur Granulationsgewebe. Ausserdem waren Bacillen im Ohreiter nachweisbar, welche sich tinctoriell den Tuberkelbacillen ähnlich verhielten, durch ihr Verhalten bei Alcohol-Entfärbung aber als den Smegma-Bacillen analoge Gebilde, wie sie zuweilen im Ohrsecret, besonders bei Cholesteatom vorkommen, erkannt wurden. Als Gegenstück dazu erwähnt B. einen Fall, in dem die histologische Untersuchung eines excidirten Gewebsstückes die Diagnose Angiosarcom ergab, welche Anfangs auch durch das auf eine maligne Neubildung hindeutende klinische Bild bestätigt schien; der weitere Verlauf indessen widerlegte die histologisch begründete Annahme und erwies die Gutartigkeit des Tumors mit Sicherheit.

Discussion:

Kretschmann (Magdeburg) bestätigt die Schwierigkeit der Diagnose von Carcinom des Mittelohres; man soll hier nicht nur den microscopischen Befund, sondern auch die klinischen Symptome berücksichtigen.

25) Beckmann (Berlin): Demonstration eines Instrumentes zur Operation der Rachenmandel und operirter Rachenmandeln.

B.'s Instrument ist dem Gottstein'schen ähnlich, hat jedoch keine Stielkrümmung, der Rahmen ist quadratisch und bildet mit dem Stiel einen grösseren Winkel. Die Rachenmandel wird in einem Zuge von der Fibrocartilago basilaris und der hinteren Rachenwand abgeschnitten. In ca. 4000 Fällen führte B. die Operation aus und glaubt, dass in 95 pCt. der Fälle, bei Kindern unter 12 Jahren, Nasencatarrhe und Eiterungen durch die Rachenmandel bedingt sind. Letztere bedingt auch die Mittelohrleiden, weshalb auch B. acute und chronische Eiterungen, ferner Exsudate des Mittelohres, sowie die Tubenverlegungen fast nur mit Entfernung der Rachenmandel behandelt, und nur durch Scharlach, Masern oder sonstwie complicirte Eiterungen bedürfen einer sonstigen Behandlung. Schon bei Säuglingen soll die vergrösserte Rachenmandel entfernt werden, wenn sich die ersten Symptome einer Mittelohr-Entzündung einstellen.

Discussion:

Noltenius (Bremen) empfiehlt, die Operation in der Narcose zu machen, da man nachher am besten mit dem Finger noch controlliren kann, ob alles Krankhafte entfernt wurde.

Digitized by Google

Hoffmann (Dresden) glaubt, die ansonst doch ungefährliche Operation nicht durch Anwendung der Narcose zu compliciren.

Joél (Gotha) empfiehlt zur Operation die Bromäthylnarcose; in den letzten 1½ Jahren hat er dieselbe 60 Mal angewendet. Die Reflexerregbarkeit hört hier nicht völlig auf und er beobachtete auch niemals asphyctische Störungen.

Brieger (Breslau) erwähnt die Anschauungen von Trautmann und Dieulafoy bezüglich des Zusammenhanges von Hypertrophie der Rachentonsille mit Tuberculose. B. hat vor dem Erscheinen der französischen Publication theils histologische Untersuchungen, theils Impfversuche mit den entfernten hyperplastischen Rachentonsillen angestellt und neuerdings solche auch von seinem Assistenten Dr. Marx in grösserem Umfange fortsetzen lassen, deren Resultate er sich jedoch für später vorbehalten will.

Walb (Bonn) meint, das Instrument von Beckmann scheint wohl für einfache Hypertrophie der Rachentonsille sehr gut zu sein, ob aber dasselbe auch in den Fällen, wo Zottenentartung vorhanden ist, in einer Sitzung Alles fortnimmt, ist zweifelhaft; in solchen Fällen müssen wiederholte Eingriffe gemacht werden und kann da jede Methode zum Ziele führen.

Stacke (Erfurt) erwähnt, hunderte von Rachenmandeln in der Narcose operirt zu haben, doch nach früheren, schmerzhaften Methoden. Seitdem aber St. das Schütz'sche Instrument anwendet, hält er die Narcose für überflüssig. Die Narcose ängstigt die Kinder mehr als die kurz dauernde Operation, welche fast schmerzlos ist und bei älteren Kindern durch Cocain noch erträglicher gemacht werden kann.

Walb rühmt ebenfalls die Vortheile des Schütz'schen Instrumentes.

v. Wild (Frankfurt) erwähnt als Nachtheil des Schütz'schen Instrumentes, dass dasselbe die Rachenmandel nur abschneidet und nicht gänzlich mit der fibrösen Unterlage entfernt, da das Messer durch die dicke Schiene von dem Knochen entfernt bleiben muss.

Kayser (Breslau) meint, die Narcose wäre nur bei grösseren, absolut unbändigen Kindern nöthig; kleinere Kinder kann man mit Gewalt in die richtige Position bringen. — Bezüglich der Recidive glaubt K., dass dieselbe ziemlich häufig ist; kurze Zeit nach Entfernung einer grösseren Rachenmandel kann man wohl mit dem Finger und Spiegel Alles frei finden, und nach 1—2 Jahren findet man wieder grössere Wucherungen. — Was endlich die Tuberculose betrifft, erinnert K. an die neueren Untersuchungen, wonach in normalem Nasensecret Tuberkelbacillen gefunden wurden.

Seligmann (Frankfurt a. M.) meint, man solle nicht narcotisiren, wenn man nicht sicher ist, alle Partikel der abgetragenen Tonsille zu entfernen, da die Gefahr der Schluckpneumonie und Bronchitis vorhanden ist.

Hartmann (Berlin) glaubt, die Narcose wäre nur bei ängstlichen Kindern anzuwenden, dieselbe soll jedoch nur schwach sein, so dass die Kinder noch reagiren, und dann ist sie auch vollständig gefahrlos. — Bezüglich der verschiedenen Operationsmethoden hält H. die Schlingenoperation bei älteren Kindern für die schonendste, da hier kein Blut-

Digitized by Google

verlust eintritt. Mit der Schlinge lässt sich die hypertrophische Tonsille vollständig wegnehmen, allerdings ohne die fibrocartilaginöse Grundlage.

Beckmann erwidert, die Narcose nie nöthig gehabt zu haben. — Die Nasenleiden im Kindesalter beruhen in der Regel auf pathologischen Processen an der Rachenmandel, und wenn nach der Operation keine Besserung eintritt, wurde ungenügend operirt und muss deshalb nachoperirt werden; nur in Ausnahmen finden sich als Ursachen eine Deviation, eine Crista, Polypen, Fremdkörper, luetische Erkrankungen oder dergleichen vor. — Bezüglich der Einwürfe betreffs der Rachenmandel und der adenoiden Wucherungen äussert sich B. dahin, dass letztere, als Pharyngitis granulosa bekannt, nach gut operirter Rachenmandel sich zurückbilden; die in der Discussion erwähnten herunterhängenden Zapfen hat B. weder an der Leiche, noch am Lebenden anders, als besonders stark gewucherte, von den typischen Spalten begrenzte Blätter der Rachenmandel gesehen. — Die Schlingenoperation, von der Nase aus, hält B. für unmöglich, da die compacten Massen der Rachenmandel für die Schlinge oft unerreichbar sind, bei weiteren Formen aber die Fibrocartilago nicht mitentfernt werden kann. Aehnliches meint B. über die Operation mit dem Finger, hier wird häufig das Gewebe mit demselben unvollständig zerquetscht und hervorgerissen, wodurch eine unregelmässige, infectionsgefährliche Wundfläche entsteht.

Zaufal (Prag) erwähnt im Gegensatze zu Beckmann, dass er in vielen hunderten von Fällen, bei Kindern bis zum 8.–10. Lebensjahre, weiche und brüchige Mandeln mit dem Finger, bei älteren Kindern mit dem Gottstein'schen Ringmesser entfernt hat.

Brieger reflectirt auf die Bemerkung Kayser's bezüglich der Tuberculose und erwähnt schliesslich die Vortheile des Trautmann'schen Löffels bei der operativen Entfernung der hypertrophischen Rachentonsille.

26) Leutert (Halle a. S.): Demonstration zweier Cholesteatom-Präparate.

An beiden Präparaten handelt es sich um abgeschlossene, von innen mit Plattenepithel überkleidete, von aussen mit einer schmalen Bindegewebsschicht überzogene Säcke.

Discussion:

Panse (Dresden) erwähnt, den Fall, von welchem das zweite Präparat stammt, zu kennen; in demselben war die Epidermis zum Bleinagelcanal hineingewachsen, es erfolgte daher hier die von Zaufal vorgeschlagene arteficielle Cholesteatombildung.

27) Kayser (Breslau): Demonstration eines Apparates zur exacten Bestimmung der Luftdurchgängigkeit der Nase (Rhinometer). (Autoreferat.)

Der Apparat besteht aus einem Blasebalg, welcher eine bestimmte Menge Luft mit stets gleicher Kraft ansaugt. An dem unteren Griffe des Blasebalgs ist eine Stange befestigt, welche oben und unten einen Schieber trägt, die auf einen ungleicharmigen Hebel drücken können.

Digitized by Google

Am Ende des längeren Hebelarmes ist ein horizontales Plättchen angebracht, welches sich gegenüber der engen Ausflussöffnung einer graduirten Glasröhre (Bürette) befindet. Ist der Blasebalg geschlossen, so drückt der untere Schieber von unten auf den längeren Hebelarm und die Bürette ist geschlossen. Sobald der Blasebalg sich öffnet, fällt dieser Hebelarm nach abwärts und aus der Bürette fliesst vom O-Punkte ab das Wasser aus, bis der Blasebalg eine gewisse Weite erreicht hat und der obere Schieber durch Druck auf den kurzen Hebelarm die Bürette wieder schliesst. Liest man an der Bürette ab, wie viel Wasser ausgeflossen ist, so kann man bis auf $^1/_{15}$—$^1/_{20}$" die Strömungszeit der durch den Blasebalg angesaugten Luft bestimmen, sobald man empirisch bestimmt hat, welche Zeit während des Abflusses des Wassers vom O-Punkte bis zu jedem Theil — der Graduirung an der Bürette verflossen ist. Bringt man die Oeffnung des Blasebalgs durch Schlauch und Glasrohr in geeigneter Weise in die Mundhöhle, so wird durch Oeffnung des Blasebalgs die Luft durch die Nase in den Blasebalg strömen, und durch die Bestimmung der Zeitdauer für diese Luftströmung ist ein Maass gegeben, um die Luftdurchgängigkeit der Nase resp. die Summe der der Luftströmung entgegenstehenden Widerstände anzugeben.

28) Zaufal (Prag): Demonstration von Instrumenten zur operativen Freilegung der Mittelohrräume (Autoreferat).

Z. bemerkt zunächst, dass der grösste Theil dieser Instrumente nicht solche seiner eigenen Erfindung sind, sondern solche schon lange von den Chirurgen gebrauchte.

Z. demonstrirt Hohlmeissel von verschiedener Breite, wie er sie in seinem Aufsatze (Archiv f. Ohrenheilk. XXXVII) beschrieben. Er liess Griffe aus Buxbaumholz dazu anfertigen, so dass die Meissel in kohlensaurer Natronlösung ausgekocht werden können. — Ferner demonstrirt Z. die von ihm gebrauchte gewöhnliche Luër'sche Zange. Die von ihm früher gebrauchte schlanke gerade Luër'sche Zange hat er in eine solche mit leicht gebogenen schneidenden Branchen umgewandelt, welche sich noch besser zur Wegnahme der Pars epitympanica, auch bei beschränkteren Raumverhältnissen, z. B. bei Kindern, eignet, als die frühere gerade Zange. Nur mit der Spitze der Zange ist der Knochen in kleinen Stückchen abzuzwicken.

Ein kleines Raspatorium, das sich ganz besonders gut zur Ablösung der membranösen hinteren oberen Gehörgangswand eignet; Z. fand dasselbe schon in dem Instrumentarium der Chirurgen vor und soll von Gutsch angegeben sein. Endlich den herzförmigen scharfen Löffel, zum Ausräumen der Paukenhöhle und des Antrum, und die rechtwinkelig gebogene Sonde, ganz aus Stahl angefertigt.

* * *

Digitized by Google

Zwei angemeldete Vorträge von Prof. Kuhn (Strassburg i. E.), über syphilitische Tumoren der Nase und über Carcinom des äusseren Ohres, wurden in Folge plötzlicher Erkrankung desselben nicht gehalten, deren Manuscript jedoch dem Ausschusse der Versammlung zugeschickt und deshalb in die Verhandlungen der Gesellschaft[2]) in extenso aufgenommen.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass im Anschlusse der Versammlung eine ansehnliche Anzahl von Präparaten und verschiedenen oto-rhinologischen Instrumenten ausgestellt waren.

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber die centripetalen Druckausübungen (der Gellé'sche Versuch), eine semeiologisch-auriculäre Studie. (Des pressions centripètes [épreuve de Gellé]. Etude de seméiologie auriculaire). Von Dr. Georges Gellé. Thèse de Paris 1895.

Der Verfasser, ein Sohn und Schüler des allgemein bekannten Otologen M. E. Gellé, widmet seine sehr interessante Dissertation einer eingehenden Erörterung des sogenannten Gellé'schen Versuches. Mit Recht bemerkt Verf., dass dieser von seinem Vater zuerst im Londoner medicinischen internationalen Congresse 1881 mitgetheilte Versuch von vielen Fachgenossen missverstanden und im Allgemeinen nicht hinreichend gewürdigt worden war. Erst in neuerer Zeit wurde diesem Versuche von verschiedenen Seiten, namentlich von Rohrer, Bloch, Corradi etc., die verdiente Aufmerksamkeit zugewendet, und nimmt derselbe nunmehr, neben den classischen Versuchen von Weber und Rinne, den ihm gebührenden Platz ein.

Der Gellé'sche Versuch besteht wesentlich in Folgendem: Das freie Ende eines mit einem Ballon verbundenen Gummischlauches wird luftdicht in den äusseren Gehörgang des zu untersuchenden Ohres eingeführt, wobei eine schwingende Stimmgabel auf den Scheitel (bone frontale) oder auf den Warzenfortsatz angesetzt wird. Wenn man nun den Ballon comprimirt, so wird, wenn das Ohr normal ist, der durch die Kopfknochen in das Labyrinth hingeleitete Ton plötzlich abgeschwächt (der Gellé ist in diesem Falle positiv). Die Abschwächung des percipirten Tones, welche in dem auf das Trommelfell und die Gehörknöchelchen, bis auf das Labyrinth, ausgeübten Drucke und in der somit erhöhten Spannung des ganzen Gehörapparates ihre Erklärung findet, beweist, dass die Beweglichkeit des Schallleitungsapparates und insbesondere des Steigbügels in dem ovalen Fenster erhalten ist. Besteht hingegen ein Schallleitungshinderniss, so bleibt der Ton während des Versuches unverändert (der Gellé ist dann negativ), und ist man in diesem Falle, bei einem normalen Trommelfelle und bei der Abwesenheit sonstiger Schallleitungshindernisse im äusseren Gehörgange und im Mittelohre (wie z. B. Ceru-

[2]) Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1895, pag. 148—150 und pag. 160—163.

Digitized by Google

minalpfröpfe, Polypen etc.), berechtigt, auf eine Ankylose des Steigbügels zu schliessen. Nicht selten treten bei diesem Experimente Schwindel und Ohrensausen auf, und weist diese Erscheinung, neben der Beweglichkeit des Steigbügels, auf eine Irritabilität des Labyrinthes hin, welche einer Unbeweglichkeit des dem im Labyrinthe gesteigerten Drucke widerstehenden runden Fensters zuzuschreiben wäre, oder in einer Hyperästhesie des Acusticus oder in einem allgemeinen neuropathischen Zustande ihre Erklärung finden dürfte. Uebrigens kann bei diesem Experimente Schwindel auch dann entstehen, wenn eine pathologische Erschlaffung der Weichgebilde des Mittelohres vorliegt, in welchem Falle der, wenn noch so leichte, auf den Ballon ausgeübte Druck eine zu ausgiebige Einwärtsziehung der Steigbügelplatte bewirkt.

Demnach erweist sich der gegen den Gellé'schen Versuch erhobene Einwand, als habe dessen Autor denselben als — freilich sich nicht immer bewährendes — Criterium zur Differentialdiagnose zwischen einer Mittelohr- und Labyrinthaffection aufgestellt, als vollkommen unbegründet. Wie es Gellé von vornherein in seinem obenerwähnten Congressberichte nachdrücklich betont und auch in seinen späteren Schriften (Etude clinique du vertige de Menière 1883, Des pressions centripètes en seméiologie auriculaire 1885 etc.) wiederholt hat, besteht der diagnostische Werth, den er seinem Versuche vindicirt, hauptsächlich darin, um die Beweglichkeit oder die Ankylose des Steigbügels zu constatiren. Nun liegt es aber auf der Hand, dass in vielen Fällen dieser Versuch, besonders mit dem klinischen combinirt, und namentlich wo letzterer die Diagnose unentschieden lässt, ein kostbares Mittel zur Feststellung der Diagnose einer Labyrinthaffection bietet. So lässt sich z. B., wenn, beim positiven Rinne, auch der Gellé positiv ist, mit Bestimmtheit auf eine Labyrinthaffection schliessen etc. Gestützt auf eine bedeutende Anzahl von Krankengeschichten, welche in der der Salpetrière annectirten, unter der Leitung seines Vaters stehenden Ambulanz für Ohrenkranke gesammelt wurden, legt Verf. den diagnostischen Werth des Gellé'schen Versuches auf's Deutlichste dar.

Ein ganz besonderer Werth muss dem bei dem Gellé'schen Versuche manchmal hervorgerufenen Schwindel (vertige provoque) beigemessen werden, der es in vielen Fällen möglich macht, die Idee eines anderen, einer Labyrinthaffection ähnlichen Leidens zu eliminiren. So treten z. B. bei Magenleiden (Dyspepsie, Magengeschwür etc.) nicht selten Erbrechen und Schwindel auf, doch ist darum nicht ein jeder, bei vorhandener Magenaffection vorkommender Schwindel stomachalen Ursprunges, vielmehr kann derselbe von einem verkannten Ohrenleiden herrühren. In solchen Fällen leistet der Gellé'sche Versuch wesentliche Dienste, indem er, wenn bei dem Experimente kein Schwindel hervorgerufen wird, darauf schliessen lässt, dass die das Magenleiden begleitenden Schwindelerscheinungen nicht vom Magen (a stomacho laesa) herrühren, sondern auriculären Ursprungs (ab aure laesa) sind. Andererseits giebt es eine ganze Reihe von Allgemeinerkrankungen, in welchen Schwindel und sonstige subjective Gehörsempfindungen als eines der Hauptsymptome auftreten, wie z. B. in der Epilepsie, Neurasthenie etc., und ist es einleuchtend, dass es, bei einer gleichzeitig bestehenden Schwerhörigkeit, von grösster Wichtigkeit sein dürfte, den Ursprung

Digitized by Google

dieser Erscheinungen zu eruiren. Wenn bei dem Gellé'schen Versuche kein Schwindel entsteht, so weist dieser Umstand auf den nicht auriculären Ursprung der genannten Erscheinungen hin, wodurch also für die Diagnose des betreffenden Allgemeinleidens ein wichtiger Stützpunkt gewonnen wird.

Ohne auf weitere Ausführlichkeiten dieses höchst interessanten Werkes einzugehen, wollen wir schliesslich nur bemerken, dass dasselbe den Rahmen einer gewöhnlichen Dissertation bei Weitem überschreitet. Der physiologische Theil der Arbeit, die eingehende Erörterung der einschlägigen Fragen und die gründliche Kenntniss der betreffenden Literatur, die Verf. an den Tag legt, beweisen zur Genüge, dass derselbe kein Neuling auf dem Gebiete der Otologie ist, und so begrüssen wir denn seine Arbeit als eine werthvolle wissenschaftliche Studie, durch welche der junge Autor sich als würdiger Schüler seines verdienstvollen Vaters erweist. Dr. M. M.

Ueber Erkrankungen des Gehörorganes in Folge von Tabes*). Von J. Habermann. (Archiv f. Ohrenheilk. XXXIII, VIII.)

Die spärlichen Sectionsbefunde von Gehörorganen Tabetischer werden in sehr werthvoller Weise durch einen Fall von Taubheit bei Tabes bereichert, wo H. Gelegenheit hatte, intra vitam eine genaue Functionsprüfung und post mortem die histologische Untersuchung beider Gehörorgane vorzunehmen wobei auch die Acustici bis zu ihrem Ursprunge verfolgt und histologisch untersucht wurden.

Es handelte sich um eine 52jährige Köchin, die 12 Jahre vor der Untersuchung durch Habermann unter Schmerzen im linken Ohr und der linken Gesichtshälfte ein eigenthümliches Summen zuerst rechts, dann links bekommen hatte, unter gleichzeitiger Verschlechterung des Gehörs. Etwa 3½ Monate später bemerkte die Patientin eines Morgens, dass sie die Sprache nicht verstehe, und diese Taubheit, sowie das Sausen besserte sich nicht mehr. Schwindel hatte sie nie. Vor einem Jahre traten die Symptome der Tabes auf, die sich seitdem immer mehr verschlechterten. Habermann fand nun bei negativem Befund an den Trommelfellen beiderseits vollständige Taubheit für Uhr und Sprache; die Stimmgabelprüfung ergab einen Rest von Hörvermögen für tiefe Töne. Ein Jahr später starb die Kranke an den Folgen ihrer Tabes an der Klinik Jaksch, H. erhielt die Schläfebeine.

Bei der microscopischen Untersuchung des Pons und der Medulla obl. durch Prof. Chiari zeigten die durch die Hauptkerne, sowie durch die Nebenkerne der Acustici gelegten Querschnitte diese Kerne intact; die lateralen und medialen Acusticuswurzeln waren hochgradig atrophisch, die aufsteigenden unverändert.

Neben den unwesentlichen Veränderungen im Mittelohr fand sich im inneren Ohre beiderseits, links stärker, ein nahezu vollständiger Schwund der Fasern des Ramus cochleae — bis auf spärliche Fasern linkerseits —, dem auch ein fast vollständiger Schwund der Nerven in der Schnecke entsprach. Der Stamm des Acusticus war durch ein mehr hyalines

*) Mitgetheilt in der Abtheilung f. Ohrenheilk. der 64. Versammlung der Naturf. u. Aerzte in Halle a. S.

Digitized by Google

Bindegewebe ersetzt; in geringerem Maasse degenerirt war der Ramus vestibuli. In der Schnecke war nur in der Spitze ein Nervenbündel erhalten, im Endtheil der basalen Windung einige Ganglienzellen; das Corti'sche Organ war rechts niedrig und in seinen Zellen schwer differenzirbar, links in der Spitzenwindung auffallend gut erhalten.

Aus dem Resumé, das Habermann aus diesen Befunden zieht, sind folgende Punkte besonders hervorzuheben:

1) die Degeneration der Acustici steht in ursächlichem Zusammenhange mit der Tabes dorsalis, an der die Kranke zu Grunde ging;

2) die Erkrankung der Acustici war als erstes Symptom der Tabes in Erscheinung getreten;

3) das von Beginn an vorhanden gewesene Ohrensausen muss direct auf die Erkrankung der Nerven zurückgeführt werden, da ein Mittelohrleiden nicht vorlag; dagegen fehlte der Schwindel vollständig, obwohl in den Säckchen und Ampullen deutliche Degenerationserscheinungen an den Nerven vorhanden waren.

Eine besondere Bedeutung erlangt das Vorhandensein eines Hörvermögens für tiefe Töne bei sonst vollständiger Taubheit beim Zusammenhalten mit dem Befunde eines noch ziemlich gut erhaltenen Nervenbündels in der Spitze der rechten Schnecke, bei vollkommen erhaltenem Corti'schen Organ, worin H., die Verlässlichkeit der Angaben der Kranken vorausgesetzt, einen neuen Beweis für die Richtigkeit der Helmholtz'schen Theorie findet. Gomperz.

Ueber extradurale Eiteransammlungen im Verlauf von Mittelohrerkrankungen*). Von O. Hecke. (Arch. f. Ohrenheilk. XXXIII, X.)

H. beobachtete zwei Fälle mit sehr grosser Eiteransammlung zwischen Knochen und Dura mater.

Beim ersten, einem kräftigen 33jähr. Manne, trat zwei Monate nach überstandener Influenza eine rechtsseitige Otitis media catarrhalis auf, die fast zwei Monate lang vernachlässigt wurde, bis Schmerzen im Ohre, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und eine schmerzhafte Geschwulst hinter dem Ohre den Patienten zu Hecke führten. Das Trommelfell zeigte sich da getrübt, eingezogen, aber nicht perforirt, Flüsterspr. 3—4 Mtr. Der grosse periostale Abscess wurde eröffnet; bei der typischen Aufmeisselung des elfenbeinharten Warzenfortsatzes konnte das Antrum nicht gefunden werden; dagegen fand sich 1½ Ctm. nach hinten oben vom Porus ac. ext. eine feine Fistel, durch welche der Eiter tropfenweise aus der Schädelhöhle hervorquoll. Trotz ausgiebiger Erweiterung konnte der Entwicklung einer Meningitis nicht vorgebeugt werden, welcher der Kranke sechs Tage nach der Operation erlag. Die Section ergab ausser der eitrigen Meningitis eine sehr bedeutende Eiteransammlung oberhalb der oberen Pyramidenfläche zwischen Dura und Knochen und eine Fistel am Tegmen tympani.

Beim zweiten Falle entstand ebenfalls im Anschluss an Influenzu eine acute, nicht eitrige Otitis rechts, der sich bald ein subperiostaler Abscess am Warzenfortsatz zugesellte. Derselbe wurde gespalten, wobei sich

*) Nach einem Vortrage in der otiatrischen Section der Naturforscher-Versammlung in Halle a. S.

Digitized by Google

sehr viel Eiter entleerte; in der Fossa temporalis, 1½ Ctm. über dem Porus ac., bestand ein cariöser Defect, in dessen Bereich — 2½ Ctm. lang, ½ Ctm. breit — die Dura blosslag; aus der Schädelhöhle quoll der Eiter heraus. Die Oeffnung wurde nun mit dem Meissel erweitert. Der Warzenfortsatz war nur oberflächlich cariös, von seiner Spitze ging eine 9 Ctm. tiefe Eitersenkung nach hinten unten, die freigelegt wurde. Die Heilung ging reactionslos von statten und sollte der Pat. mit oberflächlich granulirender Wunde schon entlassen werden, als er, zwei Monate nach der Operation, plötzlich an Meningitis erkrankte und starb.

Der Sectionsbefund ergab eine bedeutende Eiteransammlung zwischen Dura und Knochen in der hinteren und mittleren Schädelgrube und ausgedehnte eitrige Meningitis. Gomperz.

b) Rhinologische:

Microorganismen in der gesunden Nase. (Microorganisms in the healthy nose.) Von St. Clair Thomson, M. D. und R. T. Hewlett, M. D., London. (Lancet, 1. Juni 1895.)

Verff. berichten in der Medico and chirurgical society of London über ihre Untersuchungen in der gesunden Nase, die bacteriologisch noch wenig durchsucht sei. Speciell hätten nur Löwenberg und Hajek Untersuchungen derselben angestellt. Verff. machten an 13 gesunden Individuen Culturen auf Agar und Deckglaspräparate. Sie kommen zu folgenden Schlüssen: 1) Bei allen bacteriologischen Untersuchungen muss man streng zwischen dem Vestibulum und der eigentlichen Nasenschleimhaut unterscheiden. 2) Es erklärt sich daraus die Verschiedenheit der Ergebnisse der Untersuchungen, da Verunreinigungen im Eingang schwer zu vermeiden sind. 3) In dem Staub und den Krusten des Eingangs der Nase gesunder Individuen fehlten Microorganismen nie. Sie waren meistens in übergrosser Menge vorhanden. 4) Auf der Schneiderschen Membran war das Gegentheil der Fall; die Verff. fanden in mehr als 80 pCt. gar keine und überhaupt nur spärliche Microben. 5) Die Anwesenheit von pathogenen Microorganismen war auf der Schneiderschen Membran so selten, dass man ihr Vorhandensein als Ausnahme betrachten kann. Die Anwendung dieser Unterersuchungen auf die Praxis sei in die Augen fallend.

In der Discussion bemerkte Spencer Watson, dass möglicher Weise die Microorganismen in den tieferen Theilen vorhanden seien, da die Verff. doch nur von den leichter erreichbaren Stellen Proben entnommen hätten. Bei Kindern mit den wenigen Vibrissae und dem ungeeignet gebauten Naseneingang sei es nicht wahrscheinlich, dass alle Microben im Eingang aufgehalten würden. Er sei oft erstaunt gewesen, wie leicht Wunden in der Nase heilten, dasselbe beobachte man auch bei den Wunden des Gesichts überhaupt. Felix Semon schliesst aus dem Mitgetheilten, dass es bei Operationen nicht nöthig sei, die Nase vorher zu aseptisch zu machen, nachher lege er aber Werth darauf, dass Antiseptica angewendet würden, denn die öfter nach Eingriffen in die Nase beobachtete Angina lacunaris beweise doch die Möglichkeit der Infection. Dieselbe Eigenschaft mit der Nase theile auch der Nasen-

Digitized by Google

rachenraum. Früher habe er nach der Operation der adenoiden Vegetationen immer eine antiseptische Spülung verordnet, sei aber in Folge der öfter aufgetretenen Otitiden davon abgekommen, und seitdem habe er fast keine Complicationen von Seiten des Ohres beobachtet, was doch das Fehlen von schädlichen Microorganismen im Nasopharynx beweise. Allan Macfadyen meint, dass es bisher die Ansicht der Aerzte gewesen sei, dass die Nase ganz erfüllt mit Microorganismen sei und dass es der interessanteste Theil des Vortrags gewesen, dass bewiesen worden, dass dies nicht der Fall sei. Er wirft die Frage auf, was aus den vielen im Eingang der Nase niedergeschlagenen Microorganismen würde. Ob der Nasenschleim keinen günstigen Boden für das Wachsthum abgebe, oder ob derselbe eine bactericide Wirkung habe, ähnlich wie dies von Santorelli in Bezug auf das Sputum nachgewiesen worden sei, welches die meisten Organismen tödte oder in ihrer Virulenz schädige, mit Ausnahme der Diphtheriebacillen. Habershon sucht die Erklärung für das Freibleiben der Nasenschleimhaut möglicher Weise auch in den Flimmerhaaren, die die eingedrungenen Microorganismen wieder hinausbeförderten. Hewlett bemerkt, dass es nicht die Vibrissae seien, die den grössten Theil zurückhielten, es kämen da verschiedene Ursachen in Frage, so die Flimmerwirkung, dann möglicher Weise die Phagocytosis, dann dass der Nasenschleim ein recht schlechtes Nährmaterial für Microben sei, und dann das beständige Abfliessen des Schleims über die Oberfläche der Schleimhaut. St. Clair Thomson meinte, dass die kindlichen Nasen sehr viel Schleim absonderten. Er stimmt in Bezug auf die septische Natur der Angina lacunaris nicht mit Semon überein. Er erwähnt die Beobachtung Lister's, dass Empyeme (der Pleura) bei Kranken, die durch die Bronchien athmeten, selten septisch würden, im Gegensatz zu denen mit äusserer Fistel, was Lister der Wirkung der Flimmerhaare zuschriebe.

M. Schm.

Muschelvarix. (Turbinal varix.) Von Wyatt Wingrave, London. (Lancet, 15. Juni 1895.)

Verf. bespricht hauptsächlich die vasculäre Form der Hypertrophie, die sich besonders an der unteren Muschel findet und durch den Untergang der Muskelfasern in der Umgebung der Schwellkörper bedingt ist. Dadurch entstehen in verschiedener Ausdehnung Hypertrophien, deren macroscopisches Aussehen der Oberfläche des Gehirns ähnelt. Ihre Entstehung wird durch feuchte und unreine Luft begünstigt, sowie durch angeborene Anlage. Ferner wirken alle Zustände mit, die eine venöse Stauung bedingen, sowie auch die vergrösserten drei Mandeln. Die Folgen sind die bekannten der Nasenverengerung für das allgemeine Befinden und das Ohr. Die Diagnose durch die hintere Rhinoscopie hält Verf. in den meisten Fällen für schwierig (? Ref.), er ist deshalb mehr Freund der Fingeruntersuchung. Ausser den bekannten Methoden der Behandlung bildet Verf. ein von Carmalt Jones angegebenes Instrument ab, das, den Heryng'schen Cüretten ähnlich, nur viel grösser, es ermöglicht, die ganze krankhaft veränderte Schleimhaut mit einem Male wegzunehmen. Die Anfangs starke Blutung soll sich leicht stillen lassen. Verf. bespricht dann noch die etwa möglichen und unmöglichen Folgen der Operation. (Die Forschungen anderer Nationen über den

Digitized by Google

Gegenstand werden nicht erwähnt. Es handelt sich nämlich nach den Abbildungen um die von Hopmann als papilläre Hypertrophie beschriebenen Zustände. Ref.) M. Schm.

Fall von gemischtem folliculären Odontom, das in das Antrum Highmori eindrang und die entsprechende Nasenhälfte verstopfte. (A case of compound follicular odontoma invading the right antrum Highmori and obstructing the corresponding nasal fossa.) Von A. W. de Roaldes, New-Orleans. (New-York med. Journ., 17. November 1894.)

Der Fall wurde beobachtet bei einem 9jährigen Knaben und wurde in der Narcose operirt. Die Herauslösung der sehr harten Geschwulst mit Meissel und Hebel war schwierig, da die umgebenden Knochen sehr weich waren. Diese Geschwülste sind nicht mit Osteomen zu verwechseln, sie entstehen nach den Untersuchungen von Dr. W. C. Borden aus der hypertrophischen Zahnkapsel und zeichnen sich durch die Bildung einer grossen Zahl von kleinen Zähnchen aus Zahnknochen, selten aus diesem und Email bestehend, aus. Im vorliegenden Falle waren es über 50, die gefunden wurden. Verf. meint, es seien in seinem Fall zwei unterschiedliche Geschwülste gewesen. Sie entstehen immer vor der Beendigung der dentalen Entwicklung; es fehlt auch meistens ein Zahn. Verf. glaubt, dass man solche Geschwülste ganz gut von der Fossa canina aus operiren könne und dass die Wegnahme der ganzen vorderen Wand des Antrums, die er in seinem Falle gemacht habe, unnöthig gewesen sei. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Sitzungsbericht der Petersburger Medico-chirurgischen Gesellschaft vom 16. März 1895. (Wratsch No. 15, 1895.)

Dr. N. N. Michailow: Ueber Tracheotomie.

Verf. hat im Laufe von zwei Jahren 62 Tracheotomien (6 bei Erwachsenen) ausgeführt. Wegen Croup und Diphtherie 50. Von 22, deren Ausgang bekannt wurde, genasen 8 (30 pCt.). Als Indicationen dienten: Asphyxie, Betheiligung der auriculären Muskeln, heftige Kopfbewegungen. Zartes Alter und Pneumonie sind keine Gegenanzeige, wohl aber septische Diphtherie. Man soll nicht mit einem Schnitt die Luftwege eröffnen, auch nicht mit dem Pacquelin. In der Mittellinie kommen Lymphdrüsen vor, die man exstirpiren soll. Der Isthmus der Schilddrüse bei Kindern wird durchschnitten. Die Cricotomie ist leicht, aber bei Verkalkung ist der Knorpel schwer auseinander zu ziehen und wird leicht necrotisch. Die Tracheotomia inf. ist unbequem: 1) wegen Tiefstand des Kehlkopfes, 2) Eitersenkung in's Mediastinum, 3) tödtlicher Nachblutung in Folge Druckes der Canüle. Decubitus ist häufig wegen der unzweckmässigen Form der gebräuchlichen Canülen. In den Catalogen der Veterinärärzte sind sehr gute Canülen abgebildet, die man beim Menschen prüfen sollte.

Dr. N. A. Meinhard: Zur Frage der Erkrankungen der Stirnhöhle. Die Sondirung der Stirnhöhle, die von Vielen als unmöglich dahingestellt wird, ist von Jurasz in positivem Sinne gelöst worden.

Digitized by Google

Lichtwitz in Bordeaux hat eine zweckmässige Sonde angegeben, deren Spitze rechtwinklig abgebogen ist. M. berichtet über einen Fall aus der Praxis von Dr. N. A. Weljaminoff, wo eine einzige Sondirung die Symptome (Kopfschmerzen, Eiterfluss aus der Nase, Oedem der Stirne, Verschluss des Auges, hohe Temperatur) bedeutend milderte. Aehnliche Resultate bei zwei Patientinnen nach zehn Catheterisationen und Ausspülungen des Canalis nasofrontalis. Gorodecki.

Zwei Fälle von angeborener Anomalie der vorderen Gaumenbögen. (Deux cas d'anomalie congénitale des piliers antérieurs du voile du palais.) Von Dr. J. Garel. (Revue de laryngol., d'otologie et de rhinologie No. 13, 1894.)

Häufiger als die der hinteren Gaumenbögen. Von den zwei beschriebenen Fällen ist der eine doppelseitig, der andere einseitig und war angeboren; man bemerkt nie Narbengewebe, keine Functionsstörungen, Entstehung im Embryonalleben natürlich unerklärlich. Dr. P. K.

Ueber Verhornung des Epithels im Gebiete des Waldeyer'schen adenoiden Schlundringes und über die sogenannte Pharyngomycosis leptothricia (Hyperkeratosis lacunaris). Von Prof. Siebenmann in Basel. (Arch. f. Laryngol. Bd. II, Heft 3, pag. 365, 1895.)

S. unterwarf die Stacheln, wie man sie bei obengenannter Krankheit, namentlich an den Gaumentonsillen, der hinteren und seitlichen Pharynxwand und dem Zungengrunde findet, sowie das Gewebe der mit jenen Gebilden exstirpirten Tonsillen genauer microscopischer Untersuchung und fand, was erstere anlangt, Säcke oder Cysten, deren Wandungen relativ sehr dick sind und theils aus geschichteten Lagen von kernlosen verhornten Epithelien, theils aus einer homogenen Hornsubstanz bestehen, wie sie dem menschlichen Haar eigen ist. Bei den exstirpirten Tonsillen handelte es sich um einen ungewöhnlich intensiven Verhornungsprocess des lacunären Epithels, um eine wirkliche Stachelbildung. In der Umgebung der Krypten fehlte jedes Zeichen von Entzündung wie Hypertrophie des Bindegewebes und stärkerer Rundzelleninfiltration. Statt des Namens Pharyngomycosis leptothricia oder Mycosis benigna schlägt er, um das wirkliche Grundleiden, die Vorhornung des Kryptenepithels zu kennzeichnen, den Namen Hyperkeratosis lacunaris vor. — In farbigen Abbildungen sind die geschilderten Verhältnisse sehr schön wiedergegeben.
Beschorner.

Fractur der Cartilago thyroidea. (Relation d'un cas de fracture du cartilage thyroide.) Von Dr. William J. Taylor. (New-Orleans medical and surgical Journal und Revue de laryngologie et d'otologie No. 9, 1894.)

Ein 43jähriger Mann fiel aus einer Höhe von etwa 20 Fuss auf den Boden und zog sich eine senkrechte Fractur der rechten Schildknorpelplatte zu, welche die gewöhnlichen Symptome der Larynxfractur zeigte und ohne jede Gefahr und ohne prophylactische Tracheotomie heilte.
Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Structurveränderungen der Glandulae thyroideae nach Entfernung der Schilddrüse. (Des modications de structure des glandules thyroidiennes après l'exstirpation de la glande thyroide.) Von Dr. Gley. (Société de biologie de Paris, Séance du 25 Mars 1895 und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Schon vor mehreren Jahren auf dem Kaninchen nachgewiesen, hat Verf. mit Dr. Nicolas von Nancy das Material systematisch verwerthet und ist zu folgenden Resultaten gekommen: In normalem Zustande stellen die Glandulae eine homogene Structur dar; aber schon am sechsten Tage nach der Exstirpation der Glandula thyroidea, mehr noch nach 15—18 Tagen, sieht man auf dem Querschnitt der ganzen Drüse bei schwacher Vergrösserung unregelmässig vertheilte Zonen, welche von Zellenconglomeraten gebildet sind; diese Epithelialzellen sind kleiner als die normalen, das Protoplasma ist sehr gefärbt, der Kern ist leichter zu färben, als im Normalzustand. Diese trabekelähnliche Structur ist nicht nur sehr genau ausgebildet, sondern die Epithelialelemente haben Eigenschaften, welche bei normalen Zellen nicht zu finden sind. Diese Hypertrophie besteht also zum grössten Theile in einer Vermehrung der Epithelialzellen. Man darf annehmen, dass diese Zellenmodification mit der functionellen Thätigkeit dieser Drüsen zusammenhängt, welche nach der Exstirpation der Schilddrüse sehr zugenommen hat. Auf diese Weise werden die üblen Zufälle, welche der Totalexstirpation folgen, theilweise vermieden. Dr. P. K.

Ueber die Abtragung der hypertrophischen Tonsillen mittelst der electrischen Glühschlinge. Von Dr. L. Lichtwitz in Bordeaux. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 318, 1895.)

Die Abtragung der Tonsillen mittelst des electrothermischen Schlingenschnürers wurde von L. in mehr als 400 Fällen, die Kinder und Erwachsene jeden Alters betrafen, vorgenommen. Er rühmt die Schnelligkeit und Schmerzlosigkeit des Verfahrens, das Fehlen der Blutung und die Möglichkeit, in jedem Falle eine Verletzung des vorderen Gaumenbogens zu vermeiden. Zwischenfälle, wie das Brechen des Tonsillotoms bei Mandelsteinen, sind ausgeschlossen. Schliesslich verbreitet sich Autor über die Schneideschlinge und das zu benutzende Material, Schlingenträger, Leitungsröhren, Handgriff und namentlich die besten Electricitätsquellen. Beschorner.

Ueber das Verhalten der Epiglottis bei einseitiger Recurrenslähmung. Von Dr. Roemisch in Freiburg i. B. (Archiv für Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 377, 1895.)

Zweck der vorliegenden Arbeit ist, die Betheiligung des Kehldeckels bei einseitiger Recurrenslähmung im Zusammenhange zu besprechen. R. thut dies unter Zugrundelegung der in der Literatur niedergelegten und der in der Freiburger Universitätsklinik in den letzten sieben Jahren beobachteten 39 Fälle von Recurrenslähmung, von denen letzteren 13 ein abnormes Verhalten der Epiglottis zeigten. Aus diesem Material ergab sich als characteristisch für die Epiglottis eine Zuckung derselben nach der gesunden Seite bei der Phonation, die sich in 27 pCt. der Freiburger Fälle zeigte. Als Ursache derselben musste eine Con-

Digitized by Google

traction des M. aryepiglotticus der gesunden Seite bei Ausfall der Wirkung dieses Muskels auf der gelähmten Seite angesehen werden: Die fehlende Contraction des Aryepiglotticus auf der gelähmten Seite zeigte, dass er wie die anderen gelähmten Muskeln dieser Seite vom Recurrens innervirt sein musste. Eine Bestätigung dieser Annahme ergab sich aus zwei Sectionsfällen, den einzigen diesbezüglichen, die sich in der Literatur vorfanden, in denen sich bei einseitiger Recurrenslähmung und intactem N. lar. sup. der M. ary-epiglottic. degenerirt zeigte. Das Verhalten der Epiglottis bei einseitiger Recurrenslähmung richtet sich, wie R. meint, nach dem Umstande, ob ihre Detractoren vom Laryngeus super. oder infer. oder von beiden zugleich und da wieder in dem verschiedensten Grade, innervirt werden. — Ausführliches Eingehen auf die Anschauungen und Untersuchungen anderer Autoren, auf Sectionsbefunde, Experimente und anatomische Verhältnisse verleihen der Arbeit einen erhöhten Werth. Beschorner.

Experimentelle Untersuchungen über Phonationscentren im Gehirn. Von Dr. F. Klemperer in Strassburg i. E. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag 329, 1895.)

Nachdem K. die von früheren Autoren mittelst der Reizungs- und Exstirpationsmethode gewonnenen physiologischen Thatsachen eigener Nachprüfung unterzogen, geht er zu experimentellen Untersuchungen über, um sich Aufklärung über die Frage nach der pathologischen Bedeutung des Rindencentrums für den Kehlkopf zu verschaffen. Das Resultat der vier an Hunden vorgenommenen Experimente zeigt, dass bei diesen weder acute noch chronische Erkrankung des Kehlkopfcentrums, u. zw. ebensowenig einseitige wie doppelseitige, eine Kehlkopflähmung zur Folge hat, dass mithin dem sogen. motorischen Kehlkopfcentrum eine pathologische Bedeutung nicht zukommt. Das Resultat der Versuche an Katzen war das gleiche. Die Schlüsse, die K. aus den Untersuchungen der früheren Autoren und aus seinen eigenen zieht, sind folgende: 1) An der Hirnoberfläche des Hundes giebt es in jeder der beiden Hemisphären eine umschriebene (von Krause localisirte) Stelle, von der aus electrische Reizung Adduction beider Stimmbänder erzielt; die Stimmbandbewegung ist stets eine doppelseitige; auch schwache Ströme bringen keine Bewegung hervor. Bei der Katze ist nahe der Stelle, von der aus die Adduction der Stimmbänder ausgelöst wird, eine zweite, deren electrische Reizung Stimmbandabduction verursacht (von Semon und Horsley localisirt). 2) Die Exstirpation dieser Partie der Hirnrinde bleibt ohne Folgen für die Stimmbandbewegung und die Phonation. 3) Auch die Erkrankung dieser Parthie ruft keine Veränderungen im Kehlkopf hervor. — Was die von Onodi im vorigen Jahre gemachte Mittheilung über ein „neues Stimmbildungscentrum, ohne welches die Stimmbildung aufhört" anlangt, so erbrachte ein an einem Hunde vorgenommener, ein positives Resultat ergebender Versuch den Beweis, dass das von Onodi beschriebene Stimmbildungscentrum nicht besteht. Beschorner.

Digitized by Google

Fall von scheinbarer Dysphagie. (A case of dysphagia lusoria.) Von T. H. Kellock, M. D. und F. E. Batten, M. B., London. (Lancet, 22. Juni 1895.)

Der Fall betraf ein zwei Jahre und zehn Monate altes Kind, das mehrere Male Erstickungsnoth gehabt hatte und in dem letzten Anfall blieb. Es fanden sich in dem Pharynx Speisereste, von denen aber nicht feststeht, ob sie die Ursache des Todes waren. Bei der Präparation der Halsgefässe ergab sich, dass die rechte Art. subclavia links aus dem Bogen der Aorta entsprang und hinter der Speiseröhre vorbei nach rechts verlief. Aehnliche Fälle seien von Bayford, Mackenzie und Prichard beschrieben worden. M. Schm.

Ueber Temperatursteigerungen nach Einspritzen von künstlichem Serum. (Des élévations de température produites par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.) Von Dr. Debove. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 22 Mars 1895 und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Die Patienten litten fast alle an Ischias, das heisst an einer Krankheit, welche die Resultate der Einspritzung nicht beeinflussen konnte. Das Serum, welches in verschiedenen, zwischen einigen Cubikcentimetern und $^3/_4$ Liter schwankenden, Quantitäten eingespritzt wurde, bestand aus 1000 Theilen sterilisirtem Wasser, 5 Theilen Natrium chloratum und 5 Theilen schwefelsaurem Natron. Immer entstand eine Temperaturerhöhung, meist mit Allgemeinerscheinungen. Es besteht kein directes Verhältniss zwischen der Quantität der injicirten Flüssigkeit und der thermalen Reaction; letztere entsteht übrigens, welche Zusammensetzung das Serum auch habe. Das viel schmerzhaftere Einspritzen reinen Wassers bringt keine Reaction. Dr. P. K.

Fall von doppelseitiger Lähmung der Cricoarytänoidei postici, verbunden mit Tabes dorsalis, Erstickungsnoth, Tracheotomie, Erholung, Bemerkungen. (Case of bilateral paralysis of the cricoarytänoidei postici associated with tabes dorsalis, asphyxia, tracheotomia, recovery, remarks.) Von Francis Hawkins, M. D. (Lancet, 1. Juni 1895.)

Der Titel sagt Alles. In dem Aufsatze findet sich wieder zwei Mal der Druckfehler Abduction statt Adduction. M. Schm.

Acutes Glottisödem mit tödtlichem Ausgang. (Cas d'oedème aigu de la glotte à issue fatale.) Von Dr. Hugh Montgomérie. (Journal of laryngol., rhinol. and otologie und Revue de laryngologie et d'otologie No. 9, 1894.)

Ein 43jähriger Locomotivführer klagte des Morgens über Schlingbeschwerden und Heiserkeit. Der betreffende Arzt verordnete die gewöhnlichen Mittel. Patient ging es besser, bis um zwei Uhr des Nachts plötzlich Larynxstridor mit Dyspnoe auftraten; dieses Symptom brachte in fünf Minuten den Erstickungstod herbei, ehe der Arzt Hilfe bringen konnte. Die Section ergab einfaches Glottisödem. Dr. P. K.

Digitized by Google

Pseudodiphtheritis mit Streptococcen; Bronchopneumonie; Tod. (Pseudodiphtérie à streptocoques; bronchopneumonie; mort.) Von Dr. Ansiaux. (Clinique médicale de l'université de Liège, 1895.)

Ein tödtlich verlaufender, der wahren Diphtheritis ähnlicher Fall, in welchem man aber nur Streptococcen und gar keine Klebs-Löfflerschen Bacillen nachweisen konnte, bringt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Man kann a priori behaupten, dass jedes antidiphtheritische Serum bei Streptococcuskrankheit, welche also keine wahre Diphtheritis darstellt, ohne Wirkung ist; diese Fälle sind häufiger, als man glaubt, und man darf nicht aus ihnen auf die Unwirksamkeit des Serum bei der echten Diphtheritis schliessen. 2) Die Schwere der Pseudodiphtheritis mit Streptococcen hängt von der Virulenz des Microben ab; dieser kann sich in dem Organismus verbreiten, Lungenentzündung und echte Septicämie hervorrufen. 3) Man soll die Pseudodiphtheritiskranken mit Streptococcen streng von den wahren Diphtheritiskranken trennen; die Ansteckung der einen durch die anderen ist bewiesen. Dr. P. K.

Ueber die Natur der Pleuritis serofibrinosa. (De la nature de la pleurésie sérofibrineuse.) Von Dr. Lemoine. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 22 Mars 1895 und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Die an 32 pleuritischen Exsudaten angestellten bacteriologischen Untersuchungen haben das von Netter und Vaillard schon aufgestellte Princip bestätigt, dass eine primäre serofibrinöse Pleuritis, bei welcher die Cultur der Flüssigkeit gar keinen Microorganismus zeigt, tuberculöser Natur ist. Dr. P. K.

Primäre Chondritis des Larynx und Beschreibung eines solchen Falles, wo Zerstörung des Knorpels eintrat; Tracheotomie; Tod nach 17 Monaten. (Chondrite primitive du larynx et relation d'un cas avec destruction des cartilages, trachéotomie et mort au bout de dix sept mois.) Von Dr. E. Mayr. (New-York Eye and Ear Infirmary Reports und Revue de laryngologie et d'otologie No. 3, 1894.)

Der Kranke ging an Blutungen, Bronchitis und Pneumonie zu Grunde. Dr. P. K.

Ueber den Werth der Electrolyse in der Laryngologie. (La valeur de l'électrolyse dans la laryngologie.) Von Dr. v. Tymowski. (Congrès de Rome 1894 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 9, 1894.)

Verf. giebt die Wirkung der beiden Pole auf die umgebenden Gewebe, so wie sie in letzter Zeit von Perrégaux, Gellner und Kutter beschrieben worden ist und welche an den beiden Polen verschieden ist; die Methode kann nicht mit der Galvanocaustik verglichen werden. Bei Pharyngitis granulosa ist ihre Wirkung sehr gut, bei Mandelhypertrophie ist die Galvanocaustik vorzuziehen; bei Rhinitis chronica ist die Wirkung zweifelhaft, bei Ozaena besser, als mittelst Galvanocaustik, weil sie keine Atrophie der Mucosa nach sich zieht; bei Larynxblutung wirkt sie auffallend gut; in einem Falle von Angiom des Stimmbandes wirkte sie gut (Heryng). Man soll immer nur einen Pol, nie zwei zugleich anwenden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Die Laborde'sche Methode während einer Tracheotomie. (Le procédé de Laborde dans une opération de trachéotomie.) Von Dr. Dénucé. (Gazette hebdom. des sciences médicales de Bordeaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1894.)

Die Tracheotomie musste wegen Larynxcarcinom ausgeführt werden; es wurde Chloroform angewandt. Patient hörte zu athmen auf, obgleich die Canüle richtig sass. Die rhythmischen Zungentractionen brachten das regelmässige Athmen zurück. Dr. P. K.

Fremdkörper im Oesophagus, Extraction durch die Pharyngotomia infrahyoidea. Heilung. (Corps étranger dans l'oesophage, extraction par la pharyngotomie subhyoidienne. Guérison.) Von Dr. Schmiegelow. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 9, 1894.)

Ein 38jährigen Mann verschluckte des Nachts im Schlafe sein falsches Gebiss, erwachte mit einem eine Stunde andauernden Dyspnoeanfall; er ging zu seinem Arzte, als er keine Athembeschwerden mehr hatte, wohl aber Schluckbeschwerden empfand. Erst nachher dachte Patient daran, dass sein falsches Gebiss verschwunden war; da dieses aber häufig stattfand und Patient dann nachher sein Gebiss im Bette wiederfand, da ferner das Schlucken von Flüssigkeiten und selbst festen Massen von statten ging, legten weder der Arzt, noch der Patient Gewicht darauf und erklärte man das Halsleiden als Angina gangränosa. Nachher ergab aber die sehr mühsame Laryngoscopie dem Verf. das Vorhandensein eines Fremdkörpers im oberen Oesophagustheil. Die Pharyngotomia infrahyoidea wurde ausgeführt und der prothetische Apparat mühsam entfernt. Verf. erzählt drei ähnliche Fälle, wo die Patienten nicht wussten, dass sie ihren prothetischen Apparat verschluckt hatten.

Man muss also in Gegenwart solcher Fremdkörper beobachten, dass das ungehinderte Schlucken und das ungehinderte Einführen der Magensonde nicht gegen das Vorhandensein eines Fremdkörpers sprechen. Man muss die Anamnese und namentlich den stinkenden blutigen Auswurf beobachten. Sehr selten wird ein solcher Fremdkörper erst bei der Section festgestellt. Ein Erstickungsanfall ist gewöhnlich das erste Symptom, welches aber verschwindet, sobald es dem Kranken gelingt, den Fremdkörper nach unten zu verschlucken; dann treten die Schlingbeschwerden auf, welche durch einfachen Druck auf den Larynx oder durch Druck auf die Recurrentes theilweise oder totale Lähmung der Stimmbänder hervorrufen können; tritt, was am häufigsten der Fall ist, theilweise Lähmung auf, so sind es die Abductorenfasern, welche zuerst ergriffen werden: ein Moment, welches die Dyspnoe fortdauern macht, trotzdem der Fremdkörper schon tiefer als die Larynxhöhe gerutscht ist; hier giebt das Laryngoscop allein Aufschluss. Einmal im Oesophagus, kann ein solches Gebiss durch einen Hustenstoss oder durch den Brechact, oder durch den Darm ausgestossen werden; oder es bleibt im Magen sitzen, wo dann nur die Gastrotomie hilft; bleibt es im Oesophagus, so tritt Gangrän mit Mediastinitis oder arterielle Blutung ein. Verf. giebt die genaue Statistik von 52 Fällen, wo ein Gebiss verschluckt worden war. Dr. P. K.

Digitized by Google

Wilhelm Meyer †.

Wieder hat uns der Tod einen der verdienstvollsten und besten Collegen entrissen — Wilhelm Meyer, dessen Name seit dem Jahre 1868, wo er seine erste Abhandlung über die adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum veröffentlichte, rühmlichst bekannt ist, erlag am 3. Juni 1895 auf einer nach überstandener Influenza unternommenen Erholungsreise einem sehr stürmisch verlaufenden Typhus abdominalis. Er starb im 71. Lebensjahre in Venedig, wo er auch zur Erde bestattet wurde.

Hans Wilhelm Meyer war in Fredericia (Dänemark) am 25. October 1824 als Sohn eines Arztes geboren. Er absolvirte in Glückstadt (Holstein) das Gymnasium, kam 1843 an die Universität in Kopenhagen und legte 1847 sein Schlussexamen mit dem Prädicate „laudabilis et quidem egregie" ab. In den Jahren 1851—53 machte er Studienreisen nach Wien, Prag, Würzburg, Paris, Montpellier, London, Edinburgh, worauf er sich 1853 in Kopenhagen als practischer Arzt niederliess. Im Jahre 1854 begann er als Autodidact das Studium der Ohrenheilkunde, und im Jahre 1868 war es ihm gegönnt, eine der segensreichsten Entdeckungen zu machen, indem er in der excessiven Wucherung des adenoiden Gewebes des Rachenraumes eine der häufigsten Ursachen des Ohrcatarrhs entdeckte. Indem er zugleich die Methode angab, wie dieses Grundübel radical beseitigt und dadurch der Kranke vor sicherer Schwerhörigkeit geschützt werden kann, ist Meyer einer der wohlthätigsten ärztlichen Forscher aller Zeiten geworden.

Seine erste Abhandlung über diesen Gegenstand erschien 1868 in „Hospitals tidende", welcher bald (1870) eine zweite über dasselbe Thema in der „Medico-chirurgical Transactions" in englischer Sprache folgte. In deutscher Sprache brachten Schmidt's Jahrbücher 1869 die erste Kunde dieser Entdeckung, über welche 1873 ein grösserer Aufsatz im Archiv für Ohrenheilkunde folgte.

Die weitere klinische Beobachtung hat nicht nur ihre hohe Bedeutung für die Ohrenheilkunde dargethan, sondern man hat in der Anwesenheit solcher Vegetationen auch den Ausgangspunkt anderweitiger körperlicher und geistiger Entwicklungshemmungen kennen gelernt, die, weil in ihren Ursachen bis dahin unbekannt, in früherer Zeit einzig und allein der Naturheilung überlassen blieben und demzufolge auch so häufig nicht nur zur Schwerhörigkeit und Taubheit, sondern auch zu anderweitigen Störungen, ja sogar zu langwierigem Siechthum führten.

Digitized by Google

Ausser den genannten Aufsätzen hat Meyer auch noch mehrere kleinere otologischen Inhalts, sowie eine kurz gefasste Geschichte der Ohrenheilkunde in Schwartze's Handbuch d. Ohrenheilkunde veröffentlicht. Seine letzte Arbeit, welche als Vorläufer einer grossen Abhandlung über dasselbe Thema gelten sollte, erschien im Februar 1895 in Hospitals tidende und behandelt „Die adenoiden Vegetationen, ihre Verbreitung und Alter".

Meyer entfaltete keine ausgedehnte literarische Thätigkeit, was er aber schrieb, war gediegen an Inhalt, elegant in der Form; seine Schreibweise verrieth den Mann von gediegenem Fachwissen und allgemeiner Bildung. Die ihn näher kannten, Denen bleibt sein edles Herz, seine zu jeder Zeit bewiesene Selbstverläugnung, sein echt humanes Wesen unvergesslich.

Meyer erfreute sich auch äusserer Anerkennung. So erhielt er 1880 das Ritterkreuz des Schwedischen Nordsternordens; 1884 wurde er zum Ehrendoctor von Halle-Wittenberg ernannt; im Jahre 1894 wurde er königl. dänischer Etatsrath. Er war Ehrenmitglied der Londoner laryngologischen und der Prager czechisch-medicinischen Gesellschaft und correspondirendes Mitglied der American-Laryngological Association.

Gruber.

Wilhelm Meyer, dessen Lebensgeschichte wir in kurzen Umrissen in den voranstehenden Zeilen schilderten, hat die Menschheit zu grösstem Danke verpflichtet. In der ganzen gebildeten Welt macht sich bereits der Segen seiner heilbringenden Lehren geltend und Tausende verdanken ihm Heilung von oft schwerem Gebrechen.

Solchen Männern ist die Welt tief verpflichtet, und deshalb begrüssen wir den von Herrn Dr. Felix Semon in London ausgegangenen Vorschlag, unserer Dankbarkeit durch ein äusseres Zeichen Ausdruck zu geben, mit aufrichtigster Freude. Bereits haben sich in fast allen civilisirten Ländern Comité's gebildet, welche durch Sammlung die Mittel aufbringen sollen, um dem Verewigten in Kopenhagen, der Stätte seiner einstigen Wirksamkeit, ein Standbild zu errichten. Ihre Königliche Hoheit die Prinzessin von Wales hat mit Rücksicht auf Hochdero Abstammung aus dänischer Königsfamilie das Protectorat übernommen und es wird gewiss in nicht zu langer Zeit an die Ausführung des Werkes geschritten werden können.

In Wien wird über Antrag des Obmannes der Oesterr. otolologischen Gesellschaft Prof. Gruber und des Obmannes der laryngologischen Gesellschaft Prof. Störk ein aus den genannten Gesellschaften gebildetes Comité im Interesse der Sache thätig sein. Näheres darüber bringt die nächste Nummer dieser Monatsschrift.

Digitized by Google

Notizen.

Herr Prof. Dr. Barth in Marburg wurde zum Leiter der otologischen Klinik nach Breslau berufen und ist diesem Rufe gefolgt.

Zum Leiter der in Christiania neu errichteten Klinik für Otologie, Rhinologie und Laryngologie ist Herr Dr. Uchermann unter gleichzeitiger Ernennung zum Professor extraordinarius bestimmt worden. So freudig wir auch die Errichtung neuer Kliniken für die genannten Fächer begrüssen, mit der Vereinigung beider Specialitäten in einer Klinik und mit der Ernennung eines Professors für beide können wir uns durchaus nicht befreunden. Beide Specialfächer sind nunmehr auf einer derartig hohen Entwicklungsstufe angelangt, dass eine Cumulirung derselben gewiss nur zum Nachtheile der Wissenschaft und ihrer Lehre stattfinden kann.

INHALT.

1. Originalien: Danziger: Nachtrag zu dem in No. 7 dieser Monatsschrift S. 221 etc. veröffentlichten Fall von Carcinom des Ohres. — Bergeat: Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre (Fortsetzung). — Szenes: Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895 (Schluss). — II. Referate: a) Otologische: Gellé: Ueber die centripetalen Druckausübungen (der Gellé'sche Versuch), eine semeiologisch-auriculäre Studie. — Habermann: Ueber Erkrankungen des Gehörorganes in Folge von Tabes. — Hecke: Ueber extradurale Eiteransammlungen im Verlauf von Mittelohrerkrankungen. — b) Rhinologische: Thomson und Hewlett: Microorganismen in der gesunden Nase. — Wingrave: Muschelvarix. — de Roaldes: Fall von gemischtem folliculären Odontom, das in das Antrum Highmori eindrang und die entsprechende Nasenhälfte verstopfte. — c) Pharyngo-laryngologische: Sitzungsbericht der Petersburger Medico-chirurgischen Gesellschaft vom 16. März 1895. — Garel: Zwei Fälle von angeborener Anomalie der vorderen Gaumenbögen. — Siebenmann: Ueber Verhornung des Epithels im Gebiete des Waldeyer'schen adenoiden Schlundringes und über die sogenannte Pharyngomycosis leptothricia (Hyperkeratosis lacunaris). — Taylor: Fractur der Cartilago thyroidea. — Gley: Ueber Structurveränderungen der Glandulae thyroideae nach Entfernung der Schilddrüse. — Lichtwitz: Ueber die Abtragung der hypertrophischen Tonsillen mittelst der electrischen Glühschlinge. — Roemisch: Ueber das Verhalten der Epiglottis bei einseitiger Recurrenslähmung. — Klemperer: Experimentelle Untersuchungen über Phonationscentren im Gehirn. — Kellock und Batten: Fall von scheinbarer Dysphagie. — Debove: Ueber Temperatursteigerungen nach Einspritzen von künstlichem Serum. — Hawkins: Fall von doppelseitiger Lähmung der Cricoarytänoidei postici, verbunden mit Tabes dorsalis, Erstickungsnoth, Tracheotomie. Erholung, Bemerkungen. — Montgomérie: Acutes Glottisödem mit tödtlichem Ausgang. — Ansiaux: Pseudodiphtheritis mit Streptococcen; Bronchopneumonie; Tod. — Lemoine: Ueber die Natur der Pleuritis serofibrinosa. — Mayr: Primäre Chondritis des Larynx und Beschreibung eines solchen Falles, wo Zerstörung des Knorpels eintrat: Tracheotomie; Tod nach 17 Monaten. — Tymowski: Ueber den Werth der Electrolyse in der Laryngologie. — Dénucé: Die Laborde'sche Methode während einer Tracheotomie. — Schmiegelow: Fremdkörper im Oesophagus. Extraction durch die Pharyngotomia infrahyoidea. Heilung. — Wilhelm Meyer †. — Notizen.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz)
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Beschorner (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Stark** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald) Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, November 1895.** **No. 11.**

I. Originalien.

Versuch zur Bestimmung eines Schallleitungshindernisses.

Vortrag,

gehalten in der Sitzung der Oesterreichischen otologischen Gesellschaft am 29. October 1895.

Von

Dr. **Ferdinand Alt,**

Demonstrator an der Ohren-Klinik von Prof. Gruber in Wien.

Hochverehrte Anwesende! Ich erlaube, mir den hochverehrten Anwesenden einen Versuch zu empfehlen, der sowohl an Stelle, als auch zur Ergänzung des Weber'schen Versuches in der otiatrischen Diagnostik verwendet werden könnte.

Der Versuch beruht auf folgender Thatsache: Wenn man bei geschlossenem Munde einen Ton singt, oder richtiger gesagt summt, und hierbei ein Ohr mit dem Finger verschliesst, percipirt man den Ton nur in dem verschlossenen Ohre. Es ist vollständig gleichgiltig, ob man einen hohen oder tiefen Ton, laut oder leise singt. Wenn man nun Patienten, bei denen der Weber nach einem Ohre lateralisirt wird, veranlasst, bei

Digitized by Google

geschlossenem Munde einen Ton zu singen, hören diese den Ton nur in dem Ohre, nach welchem der Weber lateralisirt wird.

Es fällt mir nicht im Entferntesten ein, den hohen diagnostischen Werth des Weber'schen Versuches schmälern zu wollen, allein bei der Ausführung desselben sind immerhin gewisse Umstände zu berücksichtigen, aus deren Nichtbeachtung leicht eine Fehlerquelle erwachsen kann. So ist es eine bekannte Thatsache, dass bei Personen, die das 50. Lebensjahr überschritten haben, die Stimmgabeluntersuchung keine verlässlichen Anhaltspunkte darbietet: es ist ferner bekannt, dass auch bei jugendlichen Individuen der Weber vom Scheitel aus oft nicht ausführbar ist und man in solchen Fällen die Stimmgabel in der Medianlinie an Ober- oder Unterkiefer abklingen lässt; es ist ferner bekannt, dass die zu stark schwingende Stimmgabel beim Weber'schen Versuch in beiden Ohren percipirt wird, auch in solchen Fällen, wo die schwächer schwingende Stimmgabel eventuell nur nach einem Ohre lateralisirt wird.

Ehe ich nun zur Besprechung schreite, weshalb der von mir empfohlene Versuch nicht nur an Stelle, sondern auch zur Ergänzung des Weber'schen Versuches verwendet werden kann, sei es mir gestattet, eine mir plausibel scheinende Erklärung für das Zustandekommen meines Versuches zu geben.

Wenn man mit geschlossenem Munde singt, geräth die Luft in der Mundhöhle in Schwingungen. Ein Theil dieser Schwingungen wird auf die Kopfknochen übertragen und gelangt, ganz wie beim Weber'schen Versuche, auf dem Wege der craniellen und craniotympanalen Leitung zum Labyrinthe. Allein nur ein geringer Theil der Schallwellen nimmt diesen Weg. Der weitaus grössere Theil der in der Mundhöhle schwingenden Schallwellen bringt die Luft im Nasenrachenraume zum Mitschwingen, bringt eine Luftsäule in der Tube und die Luft im Mittelohre zum Mitschwingen, wird auf Trommelfell und Gehörknöchelchenkette übertragen und gelangt so zum Labyrinthe.

Und gerade diese Schallwellen, die zur Kopfknochenleitung hinzutreten, verstärken in hohem Grade die Intensität des zur Perception gelangenden Tones, gestalten den Versuch zu einem empfindlicheren, als es der Weber ist, und ermöglichen dessen Ausführung bei Personen höheren Alters.

Es wäre nun der Beweis zu erbringen, dass die Schallwellen thatsächlich den geschilderten Weg nehmen.

Dass die Luft in der Mundhöhle in Schwingungen geräth, ist selbstverständlich; von dem Mitschwingen der Luft im Nasenrachenraume können wir uns in zweifacher Art überzeugen: Wenn man mit geschlossenem Munde singt und die Hand vor die Nasenöffnungen hält, empfindet man den ausströmenden Luftstrom, oder aber, wenn man die Nase mit zwei Fingern zuhält, verspürt man den Anprall der Luft an den Nasenflügeln.

Dass die Luft in der Tube — nach deren Eröffnung durch das Singen bei geschlossenem Munde — und im Mittelohre mitschwingt, ersehen wir aus folgender Erwägung: Der Versuch giebt in allen Fällen, wo der Weber nach einem Ohre lateralisirt wird, ein positives Resultat, nur in jenen Fällen ist der Versuch unverlässlich, wo eine einseitige Destruction oder eine grosse, tiefgelegene Perforation des Trommelfells

Digitized by Google

vorliegt. In diesen Fällen können die Schallwellen leichter nach aussen, als zum Labyrinthe abfliessen (da das Schallleitungsmedium Luft bleibt und sich nicht ändern muss) und der Versuch giebt kein promptes Resultat. Liegt dagegen eine kleine, hochgelegene Perforation des Trommelfells, zum Beispiel eine Perforation der Shrapnell'schen Membran vor, durch welche die Schallwellen nicht leicht abfliessen können, dann giebt der Versuch ein promptes Resultat.

Weshalb man den bei geschlossenem Munde gesungenen Ton nur in dem mit einem Schallleitungshindernisse behafteten Ohre, beziehungsweise bei einseitiger Labyrinthaffection nur im gesunden Ohre hört, brauche ich wohl vor diesem Forum nicht des Weiteren auszuführen, zumal hierfür die vollständige Analogie mit dem Weber'schen Versuche gilt.

Linksseitige Kehlkopflähmung (Hemiplegia laryngis sin.) im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit von unbestimmter Natur.

Von

Dr. **Ludwig Przedborski,**

Primärarzt am Lodzer israelitischen Krankenhause.

Motilitätsstörungen im Gebiete der Kehlkopfmuskeln im Verlaufe einzelner acuter infectiöser Krankheiten gehören zu sehr seltenen Befunden. Derartige Erscheinungen sind am häufigsten bei Diphtherie, dem Abdominaltyphus, der Rose etc. beobachtet worden. Das Auftreten der in Rede stehenden nervösen Phänomene wurde lange stürmisch bestritten und es verlangte nicht wenig Zeit, ehe man die Frage, ob dieselben centraler oder peripherer Natur sind, bejahend beantworten konnte. Besonders divergirten die Meinungen verschiedener Autoren über die Natur der diphtheritischen Lähmungen. So sagt Moritz Schmidt[1]): „Man stützte sich für die erste Ansicht auf Fälle von Blutungen in den Centralorganen, wie sie zuerst von Buhl in den Intervertebralganglien der Rückenmarksnerven, später von Mendel als capilläre Hämorrhagien im Pons und der Medulla, ferner von Krause als ausgedehntere Blutung im Trigonum zwischen den Hirnschenkeln beobachtet worden sind. Seit den unterdessen vielfach bestätigten Untersuchungen von Paul Meyer, der die Streptococcen in Ketten und Schnüren in der Scheide der Nerven gefunden hat, sind doch die Meisten der Ansicht, dass es sich um eine periphere Neuritis, verursacht durch das Einwandern des Streptococcus, handele." Auch die im Verlaufe des Bauchtyphus selten beobachteten Kehlkopflähmungen erwiesen sich meistentheils peripheren Ursprungs, trotz der noch von einzelnen Beobachtern verfochtenen Meinung, dass dieselben auch auf centralem Wege zu Stande kommen können. Diese Ansicht wird u. A. auch von Hendryk

[1]) Die Krankheiten der oberen Luftwege 1894, S. 385.

Digitized by Google

Burger[2]) vertreten. Doch können wir bis heut zu Tage kaum auf eine einzige Beobachtung hinweisen, bei welcher die intra vitam im Verlaufe eines acuten Exanthems gefundenen Kehlkopfstörungen durch Sectionsbefund als centrale bestätigt werden konnten.

Dagegen liessen sich diejenigen Fälle, in welchen der Verlauf einer acuten Infectionskrankheit durch nervöse Kehlkopferscheinungen complicirt wurde, als Endresultate der Infection oder Entzündungszustände, welche eine Zeit lang gewissen Druck auf die peripheren Kehlkopfnerven ausübten, leicht erklären.

Landgraf sah zwei Fälle; in dem einen eine vollständige linksseitige Stimmbandlähmung, im anderen eine Parese des Posticus. In dem ersten Falle glaubt er als Ursache eine Drüsenerkrankung im Verlaufe des Recurrens annehmen zu müssen, im anderen eine typhöse Muskelerkrankung, wie sie Zenker beschreibt.

Schrötter hat in einem Falle von Bauchtyphus linksseitige Stimmbandlähmung in Folge einer gleichseitigen Pleuropneumonie gesehen. Er vermuthet, dass vielleicht eine Betheiligung der Mediastinalpleura Schuld gewesen sei.

Wie aus dieser kurzen Uebersicht hervorleuchtet, gehören die im Verlaufe einiger acuten Exantheme entstandenen nervösen Kehlkopfstörungen zu sehr seltenen Befunden und bieten überall, wo sie zum Vorschein kommen, eine vollständige Analogie zu krankhaften Störungen, durch ätiologische Factoren von ganz entgegengesetzter Natur erzeugt, dar. So belehrt uns die Praxis, dass fast in allen bis heut zu Tage publicirten diesbezüglichen Beobachtungen constant materielle Veränderungen im Verlaufe der Nerv. recurr. nachgewiesen worden sind, welche durch ihren Druck eine partielle oder vollständige Herabsetzung der Leitungsfähigkeit in den obengenannten Nerven zu Stande brachten.

Von den soeben erwähnten Krankheitszuständen wurden am häufigsten folgende constatirt: Aortenaneurysmen, Mediastinaltumoren, Exsudate im Pericard, Verdickung der rechten Lungenspitze, Krebs und maligne Geschwülste der Speiseröhre, bösartige Tumoren der Schilddrüse, vergrösserte und verkäste Bronchialdrüsen etc.

In dieser wahren Ueberschwemmung von Recurrenslähmung-Beschreibungen gelang es Grabower, eine einzige Beobachtung herauszufinden, die noch bis heut zu Tage in den Fachkreisen sehr lebhaften Beifall erregt. Es ist das der Fall von Kahler, in welchem das intra vitam stabil beobachtete Bild der halbseitigen Kehlkopflähmung am Leichentische zur positiven Bestätigung gelangte. Bei der Autopsie wurden entzündliche Erscheinungen des Ependyms am Boden des 4. Ventrikels und Entartung des Vaguskernes gefunden.

Unlängst hatte ich Gelegenheit, einen Fall von acuter infectiöser Fieberkrankheit, deren Verlauf durch eine linksseitige Recurrenslähmung wahrscheinlich centralen Ursprungs complicirt wurde, zu beobachten. Doch muss ich zu meinem lebhaften Bedauern gestehen, dass mir nicht gestattet war, den Fall ausgiebig auszunutzen; Patientin bekam ich zur Verpflegung erst einige Tage vor ihrem Tode, und wurde mir die Mög-

[2]) Die Frage der Posticuslähmung. Volkmann's Samml. No. 57, 1892.

Digitized by Google

lichkeit, die Autopsie auszuführen, ritueller Hindernisse wegen gänzlich genommen.

Da jedoch der Fall nach vielen Richtungen besondere Eigenthümlichkeiten darbietet, scheint mir eine genauere Auseinandersetzung vollständig angezeigt zu sein. Zugleich sei mir gestattet, Coll. Sterling für die mehrmalige und fleissig durchgeführte microscopische und bacteriologische Blut- und Harn-Untersuchung meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

* * *

Am 10. December 1894 wurde ich aufgefordert, der 21jähr. Ch. Sw. medicinische Hilfe zu erzeigen. Von der Umgebung erfuhr ich, dass Patientin schon seit 7 Wochen im Bette verbleibt, dass die Krankheit plötzlich und stürmisch unter der Gestalt des Abdominaltyphus, wie einige von Zeit zu Zeit die Pat. besuchende Aerzte behaupteten, aufgetreten sein sollte. Nach heftigem initialen Schüttelfroste und Kopfschmerzen stieg die Temperatur rasch bis über 40° C. Auf dieser Höhe verblieb dieselbe volle 2 Wochen, wobei sich ziemlich ausgesprochene Schmerzen im Unterleib geltend machten — ein Ausschlag kam nicht zum Vorschein.

Kurz nach Erkrankung der Pat. stellten sich Schmerzen im rechten Hypochondrium, Heiserkeit, Deglutitionsbeschwerden und Gelbsucht ein. Aus der Anamnese erfuhr ich blos, dass Pat. ihre Mutter im 42. Lebensjahre nach einem Hirnschlage verlor und dass dieselbe immer kränklich und schwach gewesen ist. Schon beim ersten Anblicke macht Pat. den Eindruck einer stark ergriffenen Person. Sw. ist sehr abgemagert, die Muskeln befinden sich im Zustande der Atrophie, Hautfettpolster gänzlich verschwunden, die Cutis, Conjunctiven beider Augen, die Schleimhaut des Zahnfleisches sind gelb verfärbt, in der Sacralgegend entwickeln sich ausgedehnte Decubitalgeschwüre. Die stürmisch vor sich gehende Respiration ist von einem lauten inspiratorischen Stenosengeräusch begleitet. Totale Aphonie. Körpertemperatur 38,5° C. Puls sehr beschleunigt, klein, unter dem Fingerdrucke leicht schwindend (Pulsfrequenz 130), der Herzschlag, wenig fühlbar, ist nach links verschoben. Die Leber ist stark vergrössert, glatt, empfindlich beim Betasten, ihr unterer Rand ragt auf Zweifingerdicke unter dem rechten Rippenbogen hervor, in der Mittellinie befindet sich derselbe in der Hälfte Entfernung zwischen dem Proc. xyphoideus und dem Umbilicus, Milz ebenfalls vergrössert. Die der Untersuchung zugänglichen Lymphdrüsen unverändert. Der Muskeldruck verursacht keinen Schmerz.

Die Percussion ergiebt überall einen hellen, normalen Lungenschall, die obere Grenze der Herzdämpfung beginnt unter der zweiten linken, die der Milz in der Axillarlinie unter der siebenten und die der Leber in der rechten Mammillarlinie unter der sechsten rechten Rippe. Während der Auscultation ist ein normales, beschleunigtes und durch inspiratorisches Stenosengeräusch abgeschwächtes Athmen wahrnehmbar. Rasselgeräusche fehlen. Die Mundhöhle bietet nichts Abnormes. Das Zäpfchen und der weiche Gaumen unverändert, Nahrung gelangt nicht

Digitized by Google

in die Nasenhöhle, die Zunge zeigt keine Deviation. Die Speiseaufnahme ist jedoch sehr schmerzhaft und von gewaltigen Schwierigkeiten begleitet: nach langen, mühevollen, aber vergeblichen Schluckversuchen spuckt Pat. die Speisen aus. Die Schleimhaut des Kehlkopfes bietet einen normalen Befund und ist gegen Druckreiz wenig empfindlich, während der Action treten nur Bewegungen in den Muskeln der rechten Larynxhälfte auf. Bei der Inspiration weicht das rechte wahre Stimmband nach aussen oft sogar über die Norm hinaus, und da gleichzeitig der Aryknorpel der gesunden Seite weiter nach rückwärts steht, so bietet die Glottis ein ungleichschenkliges Dreieck. Das linke Stimmband bleibt vollständig immobil und bewahrt sogar bei forcirten Athembewegungen die Cadaverstellung. Die Spitze des rechten Proc. vocal. springt bei den Muskelbewegungen, wahrscheinlich wegen der starken Concavität des inneren Randes der Pars ligamentosa des linken Stimmbandes (Ausfallerscheinung der Contraction des linken M. thyreo-arytaenoidei), stark hervor. Während der Phonation bleibt das linke Stimmband unbeweglich, während das rechte mit zugehörigem Aryknorpel zur Mittel-, oft sogar über die Mittellinie tritt, wobei der rechte Aryknorpel vor dem linken vortritt in der Weise, dass sich die Santorini'schen Knorpel kreuzen. Kurz gefasst, die Untersuchung lieferte einen Beweis für das Vorliegen einer linksseitigen Recurrenslähmung (und Paral. m. thyreoarytaen. sin.) und beleuchtete die in unserem Falle constatirte Aphonie, welche Erscheinung bei der erwähnten Nervenaffection nur höchst selten zur Beobachtung gelangt. Eines Umstandes muss ich noch an dieser Stelle erwähnen, dass schon während der ersten Untersuchung die Respirationsstörungen so gewaltig in Erscheinung traten, dass die event. Nothwendigkeit einer Tracheotomie-Ausführung mir zweifellos angezeigt schien. Da die in Folge der intensiven Schluck- und Athembeschwerden sehr heruntergekommene Pat. eine genauere Ueberwachung und sorgfältige Verpflegung nicht genoss, so schlug ich der Umgebung vor, die Kranke in's Hospital aufnehmen zu lassen.

Decursus Morbi:

11. Decbr. 94. Temp. Morgens normal, Abends 38,9 C. Puls 126. Harnabsonderung sehr vermindert. Intensive Schlingbeschwerden und vollständig verhinderte Speiseaufnahme. Die Verordnung bestand in Verabreichung intern.: Rp. Coffeini natro-benzoici 0,3, 3 Pulver täglich, Ernährungsclystieren (3 täglich) und in Anwendung des faradischen Stromes.

12. Decbr. Status idem. Temp. Morgens 37, Abends 38,8 C. — Athembeschwerden mehr ausgesprochen, tieferes Einsenken der Herzgrube, Stenosengeräusch stärker und lauter. Das Kehlkopfbild unverändert. Die Anwendung des farad. Stromes fiel negativ aus. Bei der vorgenommenen Harnanalyse wurden in demselben Eiweiss, unveränderte rothe Blutkörperchen und Microorganismen aus der Gattung Bacterium coli commune und ein Micrococcus tetragenus citreus gefunden. Nierencylinder fehlten.

13. Decbr. Temp. Morgens 38,4, Abends 36,9 C. Im Laufe des Tages hatte Pat. Schüttelfrost. Die Spiegeluntersuchung ergab: Das rechte wahre Stimmband ist weniger beweglich, verharrt in der Mittel-

Digitized by Google

linie und ist in seiner Abweichungsfähigkeit nach aussen, wahrscheinlich in Folge des entstandenen Adductorenkrampfes, sehr beschränkt. Gewaltige Dyspnoe, Cyanose, sehr tiefes Einziehen in der Herzgrube. Dieser bedenkliche Zustand zwang zur sofortigen Vornahme der Tracheotomie, welche ich auch unter Mitwirkung des Coll. Perlis ausführte. Die Operation dauerte 20 Minuten und wurde, des beträchtlichen Kräfteverfalls der Pat. wegen, ohne Chloroformnarcose ausgeführt.

14. Decbr. Temp. Morgens 39, Abends 37 C., Puls 120, etwas voller, Respiration freier. Subjectiv fühlt sich Pat. wohler, Schlingbeschwerden geringer, leichte Diarrhoe.

Die Blutuntersuchung (hauptsächlich des während der Tracheotomie gesammelten Blutes) ergab eine ausgesprochene Micro- und Poikilocythose, sehr wenige eosinophile Zellen, wobei in den rothen Blutkörperchen eine auffallende Herabsetzung der bekannten Geldrollen-Vereinigung nachgewiesen worden ist. Die bacteriologische Untersuchung constatirt dieselben zwei Microorganismen, welche im Harne gefunden wurden.

15. Decbr. Temp. Morgens 37, Abends 39,2 C. Puls 130, sehr klein (filiformis). Profuse Diarrhoe (kein Blut im Stuhle), gewaltige Schluckbeschwerden; Pat. ist sehr aufgeregt, unruhig. Gegen die Nacht wurde Pat. nach Angabe der Spitaldienerschaft somnolent und apathisch, klagte über heftige Kopfschmerzen, stöhnte unaufhörlich, und trat auch unter diesen Erscheinungen gegen 11 Uhr der Exitus letalis ein.

Wie wir aus diesem kurzen und, aufrichtig gesagt, unklaren Krankheitsverlaufe sehen, haben wir in unserer Beobachtung mit der Terminalphase eines räthselhaften und sehr unbestimmten Leidens zu thun. Bevor ich jedoch, auf die sehr mangelhaften klinischen Thatsachen gestützt, zur Begründung der in unserem Falle vermutheten Diagnose gelange, erlaube ich mir, derselben den Befund der bacteriologischen Untersuchung vorauszuschicken.

Die Blut- und Harnculturen weisen auf Microorganismen doppelter Natur hin:

I. Stäbchen (Bacillen): Gestalt in Frühculturen (12—24 Stunden bei 37 C.) Coccobacilli (Cocci ovoides), in älteren sehr den Typhusbacillen ähnlich, wenig beweglich, zeichnen sich durch 1—4 kurze Cilien aus und besitzen keine Sporen. Die Bacillen sind leicht färbbar und ebenso leicht, vermittelst der Gram'schen Methode, entfärbungsfähig. Auf Gelatine-Agar-Platte grosse schmutzig-weisse Culturen mit bläulichem Abstiche, trocken, rund, mit ungleichen zackigen Rändern; bei starker Vergrösserung feinkernige und faltenartige. Auf Strichagar eine sehr dünne weisse Schicht, Stichgelatine (Gelatinerisse) oberflächliche Entwicklung längs der Stichlinie und seitlich von derselben. Am Stichende 2—3 grosse Gasblasen. Auf Kartoffel erscheint nach einigen Tagen eine eigenthümliche dicke Schichte. Die Cultur ruft eine Milchcoagulation hervor, zeigt nach 4—6tägigem Verbleiben im Thermostaten die Indolreaction und reichliche Gase. Fleischbouillon sondert nach 24stündigem Verbleiben im Thermostaten einen sehr faden Geruch ab. Bei Vorhandensein von Zucker im Nährboden können sich die Bacillen, ähnlich den Anaerobien, trotz des Luftmangels entwickeln. Diagnose: Bacillus aus der Gattung Bacterium coli commune (Colon-Bacillus).

Digitized by Google

II. Coccen. Gestalt den Neisser'schen Gonococcen sehr ähnlich, zu 4 gruppirt, unbeweglich, ohne Sporen; färben sich am deutlichsten mit dem Löffler'schen Methylenblau, Gram — positiv. Auf Gelatine-Agar-Platte: Citrongelbe, runde, strahlende, ein wenig über das Niveau emporsteigende Colonien; Strichcultur: dieselbe Entwickelung; Stich-Gelatine: die deutlichste Citronen-Verfärbung. In Gelatinestichcultur tritt rasch ein Riss ein und die Coccen entwickeln sich nicht auf der Oberfläche, wachsen nur in der Stichhälfte, einen Trichter bildend. Vom Trichterende an beginnt die Gelatineverflüssigung, welche am raschesten im horizontalen Durchschnitte geht, am langsamsten aber in den oberen Schichten zu Stande kommt. Auf Kartoffel ist die Entwickelung eine sehr wenig ausgesprochene, nach 2 Wochen entsteht ein dünner citrongelber Belag. Zeigen keine Milchcoagulation, entwickeln sich aber in der Milch zu grösseren Coccengestalten, als in anderen Nährböden. Erzeugen keine Indolreaction und in dem Smith'schen Kolben keine Gase. Luftmangel ruft eine Vernichtung der Aussaat hervor. Besitzt sogar in Fisch-Fleischbrühe-Nährboden keine Phosphorescenzfähigkeit. In den Frühculturen traten gallertartige Kapseln hervor, welche wenig oder gar nicht färbungsfähig sich erwiesen und zu 4 Coccen besassen. Diagnose: Micrococcus tetragenus citreus (?).

Dieser Microorganismus, welchen College Sterling für einen bis heut zu Tage noch nicht beschriebenen hält, stellt vielleicht eine Abart der von Boutron in seiner Arbeit: „Recherches sur le micrococcus tetragenus septicus“ [3]) angegebenen Coccen vor. Da, wie ich glaube, dem Colonbacillus eine gewisse Rolle in der Entwicklung des klinischen Krankheitsbildes bei unserer Pat. nicht versagt werden kann, so schienen mir einige Bemerkungen über die biologischen und pathologischen Eigenschaften desselben am Platze. Nach A. Gilbert[4]) und anderen Forschern gehört der Colonbacillus zu den am häufigsten im menschlichen Organismus vorkommenden Microorganismen. Derselbe hält sich mit Vorliebe im Verdauungsapparate auf und liefern menschliche und thierische Excremente seine vollkommensten Reinculturen. Wie aus Gilbert's Zusammenstellung hervorleuchtet, ist der Colonbacillus im Stande, folgende krankhafte Zustände zu befördern: Die chron. Mandelentzündung (Barbier, Lermoyez), die scarlatinöse Halsentzündung (Bouges), acute und chron. Abweichung, die Cholera nostras; ferner gebührt demselben eine wichtige Rolle beim Entstehen des Bauchtyphus (Sanarelli), der Dysenterie, nach Escherich der asiatischen Cholera, der purulenten Leberentzündung und der ulcerösen Endocarditis. Aus den Verdauungsorganen kann der Colonbacillus in die Gallenwege gelangen und daselbst eine intensive Leberentzündung mit Icterus hervorrufen (Hanot) oder in den Harnorganen stürmische Nierenaffection erzeugen (Fernel, Chantemesse, Vidal etc.); endlich durchdringt derselbe in das Blut, auf welchem Wege er häufig eine allgemeine Pyämie zum Vorschein bringen kann. In manchen Fällen wurde der Colonbacillus im Blute gefunden, wobei die Einwanderungswege desselben vollständig dunkel verblieben.

---

[3]) Ref. im Centralbl. für Bacteriol. etc., Bd. XVI, S. 971, 1894.
[4]) De la Collibacillose. Semaine médicale 1895.

Digitized by Google

So glauben Gilbert und Lion[5]), die den Colonbacillus im Blute bei ulceröser Endocarditis constatiren konnten, in demselben den eigenthümlichen und einzig verantwortlichen Krankheitserreger der erwähnten Krankheit annehmen zu müssen. Thoinot und Masselin[6]) haben die Arbeit von Gilbert und Lion: „Ueber die Entzündung des Rückenmarks durch Infection etc." einer neuen Prüfung unterworfen. Sie unternahmen Experimente an 64 Thieren, denen Culturen des Colonbacillus eingeimpft wurden, wobei es diesen Autoren gelang, fast immer eine vollständige Lähmung und selten nur eine Hemiplegie mit sehr ausgesprochener Muskelatrophie zu erzeugen. Fast alle beobachteten Thiere gingen schnell zu Grunde. Die am Sectionstische nachgewiesenen anatomischen Veränderungen bestanden in Blutstasen, Transsudatergüssen in die Peritonealhöhle, Nierenerkrankungen (trüber, eiweisshaltiger Harn), Pneumonien etc. In den Gehirnganglien und im Rückenmarke wurden häufig feine, capilläre Blutergüsse constatirt.

Auf Grund dieser Experimente gelangten Thoinet und Masselin zu folgenden Schlussresultaten:

1) Lähmung mit Muskelschwund im Verlaufe einer acuten infectiösen Fieberkrankheit gehören auch bei Menschen zu häufigen Befunden;

2) diese im centralen Nervengebiete sich abspielenden Störungen sind leicht durch Infection erklärbar.

Nach diesem willkürlichen Umwege, welchen ich um einige genauere practische Winke behufs Aufklärung der uns beschäftigenden Erkrankung machen musste, kehre ich wieder zur Besprechung der Diagnose zurück.

Was trägt Schuld an der in unserem Falle erwähnten linksseitigen Kehlkopflähmung und wo befindet sich der Sitz für die geschilderten nervösen Störungen. Da wir intra vitam keine peripheren Veränderungen, welche durch Druck auf die Recurrensnerven die Kehlkopflähmung zu erzeugen im Stande waren, auffinden konnten, so bin ich geneigt, diese letztere als Folgezustand der im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit entstandenen Centralstörung anzunehmen. Für diese Annahme plaidiren: der stürmische Krankheitsausbruch, die permanenten und hohen Temperaturexacerbationen, die in der Milz, Leber und Nieren nachgewiesenen Erscheinungen, endlich der im Blute und im Harne constatirte Colonbacillus. Aus mehreren infectiösen Krankheiten, mit welchen unser Fall viele gemeinschaftliche Anhaltspunkte besitzt, seien nur einige bei Erörterung der Differentialdiagnose kurz erwähnt, und zwar 1) der Bauchtyphus, 2) Flecktyphus, 3) Rückfalltyphus, 4) der biliöse Typhus, 5) die acute Weil'sche Krankheit, 6) die acute Leberatrophie und 7) die Endocarditis ulcer.

Eines Umstandes muss noch gedacht werden: wegen der im Blute gegebenen Veränderungen, wie auch wegen der Fieber- und beobachteten Verdauungserscheinungen (Abweichen) lag auch der Gedanke einer bestehenden acuten perniciösen Anämie nicht ferne.

---

[5]) Microbe de l'endocardite infectieuse. Semaine médicale 1888, p. 143.

[6]) Contrib. à l'étude des localisations médullaires dans les maladies infectieuses. Deux maladies expérimentales à typ. spinal. Revue de médecine XIV, 1894, Juni. — Centralbl. für Bacteriol. und Parasitenk. etc. No. 22, Novbr. 1894.

Digitized by Google

1. Bauchtyphus.

Für:	Gegen:
Der Krankheitsausbruch (Schüttelfrost, Kopfschmerzen etc.). Der Fieberverlauf, das permanente Verbleiben desselben auf gleicher Höhe (40° C.), Schmerzen im Unterleibe, der Milztumor, die von Anfang der Krankheit an bestehenden Schlingbeschwerden und Heiserkeit (Laryngotyphus?), die Gegenwart des Colonbacillus im Blute (Gilbert).	Das zu stürmische Auftreten der Krankheit mit rapider Temperatursteigerung bis 40° C. Die Schwellung und Empfindlichkeit der Leber. Die Anwesenheit von Eiweiss und rothen Blutkörperchen im Harne. Die Gelbsucht.

2. Flecktyphus.

Der gewaltige Krankheitsausbruch mit rascher Temperatursteigerung bis 40° C., die bedeutende Milzschwellung, Erscheinungen von Herzschwäche, kleiner, kaum fühlbarer, doch sehr beschleunigter Puls (126—130).	Exanthemmangel, Unbenommenheit des Sensoriums (heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Delirium), Schwellung und Empfindlichkeit der Leber. Icterus, Nierenaffection, Baucherscheinungen, permanentes Fieberverhalten (2 Wochen lang).

3. Rückfalltyphus.

Leber- und Milzschwellung, Albumen im Harne.	Der stabile, rückfallfreie Fieberverlauf, Schmerzlosigkeit der Muskeln, das Fehlen der Obermeyerschen Spirillen im Blute.

4. Der Typhus biliosus.

Mit dieser Krankheitsform hat unser Fall nur die Gelbsucht gemeinschaftlich. Uebrigens bildet der T. bil. nach allgemeiner Annahme nur eine Abstufung des gewöhnlichen Rückfalltyphus und bleiben demzufolge alle sub No. 3 erhobenen Vorwürfe in voller Kraft.

5. Die Weil'sche Krankheit.

Für:	Gegen:
Der ziemlich intensive Krankheitsausbruch, das frühe Auftreten des Icterus. Die Empfindlichkeit und Leberschwellung, der Milztumor und Nierenaffection (Eiweiss und Blut im Harne).	Der zu protrahirte Krankheitsverlauf (7 Wochen), der Mangel an Rückfällen, das Fehlen des für diese Krankheitsform als pathognomonisch angenommenen Jägerschen Proteusbacillus im Blute.

Digitized by Google

6. Acute Leberatrophie.

Das Auftreten des Leidens bei einem weiblichen, zarten Individuum (Frerichs), der Icterus und die Bauchbeschwerden (welche an die catarrhalische Phase der Leberatrophie erinnern könnten), Empfindlichkeit und Schwellung der Leber, das initiale hohe Fieber, der beschleunigte, kleine Puls, der Nachweis des Colonbacillus im Blute (Hanot bei Hepatitis gravis cum Ictero).	Der zu protrahirte Krankheitsverlauf, die wenig ausgesprochenen Leberschmerzen, die Unbenommenheit des Gehirns (Somnolenz, Krämpfe, Delirium). Die permanente Leberschwellung.

Aus der kritischen Analyse der differential besprochenen Krankheitsgestalten leuchtet hervor, dass unser Fall die grösste Aehnlichkeit mit der ulcerösen Endocarditis darbietet, die möglicher Weise in Folge einer kryptogenetischen Septicopyämie entstanden ist. Die Begründung dieser Diagnose scheint mir auf folgenden Thatsachen zu beruhen: 1) auf der nachgewiesenen Dilatation der linken Herzkammer. Für die Entstehung derselben kann entweder der sich gleichzeitig im Herzmuskel abspielende ulceröse Process in Betracht gezogen werden, oder, was mir richtiger scheint, die unter dem Einfluss der permanenten hohen Temperatur und den sehr ungünstigen Nutritionsbedingungen sich entwickelnde Entartung des Herzmuskels Schuld tragen; 2) den kleinen, sehr beschleunigten und leicht schwindenden Arterienschlag; 3) die Leber-, Milz- und Nierenaffection, welche vielleicht ihr Dasein den in diesen Organen entstandenen Embolien verdankt; 4) den bedeutenden Kräfteverfall und die gewaltige Gesundheitserschütterung der Pat.; 5) den im Harne und Blute nachgewiesenen Bacillus coli commune, welchen Gilbert, Lion, Theroloix und Macaigne in gewissem Grade als pathognomonisch für die Endocarditis-Ulceration betrachten; 6) endlich die Kehlkopf- und Schlingbeschwerden, welche wir als Folgezustände der im Bulbus des verlängerten Markes entstandenen capillären Embolie leicht auffassen könnten. Der im Blute constatirte Colonbacillus, durch dessen Verimpfung Thoinot und Masselin experimentell in vielen Fällen derartige Embolien im Gehirne und Rückenmarke zu erzeugen im Stande waren, macht diese Vermuthung sehr zuverlässig. Wegen der kurzen Beobachtungszeit konnte ich eine genaue Untersuchung des Augengrundes nicht vornehmen, und muss ich daher die Frage, ob in unserem Falle die für die ulceröse Endocarditis so characteristischen capillären Blutextravasate in der Netzhaut bestanden, unbeantwortet lassen. Ich bin auch nicht im Stande, positive Angaben zu liefern, ob das Leiden unserer Patientin schon von Anfang an unter dem Bilde der typhoidalen Endocarditis ulcerosa (event. kryptogenetischen Septicopyämie) oder des gewöhnlichen Bauchtyphus, dessen späterer Verlauf durch das Eindringen des Colonbacillus in das Blut die mehrfach geschilderten Abweichungen erlitten hatte, verlaufen ist. Wenn ich trotzdem für diese Diagnose mich ausspreche, so betone ich noch einmal, dass ich dieselbe cum grano salis stelle, und zwar deshalb, weil das von uns geschilderte Krankheitsbild mehrere Schattenseiten

Digitized by Google

darbietet, welche wir, da Vornahme der Autopsie verweigert wurde, nicht zu beseitigen vermochten.

Da ich jedoch nach Berücksichtigung des mir zugänglichen Symptomencomplexes in unserem Falle grössere Anhaltspunkte für die Endocarditis ulcerosa wie für irgend welche andere infectiöse Krankheit vorfinde, so scheint mir die Vorliebe, mit welcher ich bei der Diagnose Endocarditis ulcerosa beharre, einigermaassen begründet zu sein.

Und nun möchte ich zum Schlusse noch einige Zeilen der Bestätigung der in unserer Beobachtung in den motorischen Centralkernen vermutheten Embolie widmen. Das Ausfallen der Facialis-, Hypoglossus-, Gaumenmuskel-Lähmung und der Hemiplegie deutet gegen die Annahme einer Läsion in der corticalen Substanz der Hirnhemisphären (Pseudobulbärparalyse). Auch stösst die Auffassung, dass die Embolie oder der capilläre Bluterguss sämmtliche im Bulbus befindliche Motilitätskerne, wie diejenigen der Facialis-, Hypoglossus-, Accessorius-, Glosso-pharyngeus- und Vagus-Nerven zerstören solle, auf ernsten Widerspruch. Die in unserem Falle nachgewiesenen Störungen von Seiten des Kehlkopfes (Hem. lar. sinistra) und des Schlundkopfes (Parese der Pharynxconstrictoren) sprechen hingegen für partielle Läsion einiger Bewegungskerne des Bulbus. Wir müssen also aller Wahrscheinlichkeit nach annehmen, dass der supponirte feine Bluterguss im Bulbus am Boden der vierten Gehirnkammer, am Platze der so nahe anliegenden centralen Kerne der Accessorius-, Vagus- und Glosso pharyngeus-Nerven entstand und daselbst eine unvollständige Zerstörung der obengenannten Kerne zu Stande brachte.

Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

von

Dr. **Hugo Bergeat**, München.

(Fortsetzung zu No. 10.)

Die Consistenz des Kehlkopfsarcoms ist nur in $^2/_3$ der Fälle derb. Den Vermerk ganz besonderer Härte liest man nur bei Spindelzellen- (Fibro-) Sarcomen; im Uebrigen sind wir nicht in der Lage, aus einer grösseren oder geringeren Härte auf die eine oder andere Zellenform im einzelnen Falle zu schliessen. An jenen Plätzen, wo grössere Anhäufung von Binde- und elastischem Gewebe ist, also an der Epiglottisbasis, am Stimmbande, begegnen wir auch häufiger den harten Geschwülsten (und zugleich den Spindelzellen). — Bei Schech I ist der Basaltheil der raschwachsenden Geschwulst härter und stärker gefärbt als die Kuppe, ebenso bei Sidlo, so dass sich vielleicht aus dem Härteunterschiede zwischen Fuss- und Kuppenpartien eine Vorhersage über die Schnelligkeit des Wachsthums ableiten lässt. — Im Recidive ist mehrfach von grösserer Weichheit berichtet, so dass offenbar das Sarcom allmählig an der Fähigkeit zur Bildung eines bindegewebigen Balkenwerkes einbüsst.

Die Färbung der Kehlkopfsarcome ist meistens eine hellere. Ausgenommen die essentielle Pigmentirung, ist in primären Fällen nahezu

Digitized by Google

jede Färbung, welche an einer Kehlkopfgeschwulst überhaupt vorkommen kann, genannt: bläulich, dunkel- und hellroth, grauroth, weiss, gelb. Die letztgenannte Farbe, ein frappantes Weingelb, habe ich nie ähnlich auffällig an anderen Geschwülsten des Kehlkopfes gesehen, wie nunmehr zwei Mal bei Sarcom.

Die festen, also zumeist die Spindelzellensarcome, nähern sich in der Farbe den Fibromen, welche bekanntlich in verschiedenen Schattirungen roth gefärbt sind. Die Basis ist von weicheren Sarcomen manchmal röther (gleichzeitig auch fester) als der Gipfel (Schech, Sidlo), ein Verhalten, welches wir auch an Sarcomen des Nasenrachenraumes kennen. Häufig ziehen grössere Gefässe über die Oberfläche hin; auch eine ungleichmässige Vertheilung der rothen Färbung auf blassen Sarcomknoten findet sich erwähnt; Geschwülste an exponirten Stellen können hämorrhagische Flecken tragen.

Die Anheftung ist manchmal als gestielt und beweglich, häufiger als diffus infiltrirt, weitaus am häufigsten als breitbasig bezeichnet. Es sind die spindel- und gemischtzelligen Sarcome, welche an Kanten eine polypöse Gestalt annehmen können (mein Fall lässt auf's Deutlichste den Einfluss der Form des Bodens auf die Gestaltung des Tumors erkennen), so dass wir derselben an den Stimmbändern und in der Interarygegend bereits bei primären Sarcomen begegnen. Diese Polypen können, wie jener Schech's, eine ganz gewaltige Grösse erreichen. Auch an Stellen mit breiterer Fläche kann es zur Bildung hängender Masse kommen, wie im Falle Foulis', wo wahrscheinlich eine Anstauung der Geschwulstmasse an der Thyrotomienarbe statthatte. Die secundären Sarcome, welche bereits als umfangreiche Massen den Kehlkopf erreichen, bilden deshalb so gerne hängende Klumpen, weil einerseits bei ihrer Grösse auch die gröberen Falten des Kehlkopfes zum Verhältniss von Kanten herabsinken, andererseits bei der grossen Weichheit dieser späteren Wucherungsproducte die Schwerkraft mehr zur Wirkung gelangt; vor Allem begünstigt die überhängende untere Fläche der Stimmbänder die Bildung pendelnder Geschwülste. — Eppinger spricht sich im Allgemeinen dahin aus, dass die Sarcome mit breiterer Basis inseriren als die gutartigen Geschwülste; man kann diese Behauptung dahin erweitern, dass im Gebiete der Sarcome selbst die Breite der Insertion resp. das Vorhandensein einer diffusen Infiltration die Prognose im Allgemeinen verschlimmert. Die diffuse Infiltration ist nur bei Rund- und Alveolarsarcomen mit Sitz am Taschenband, im Sinus pyriformis oder im subglottischen Raume berichtet. — Das Nebeneinandervorkommen von verschiedenen Formen der Geschwulst, wobei besonders Infiltration und Knotenbildung, je nachdem eng benachbart oder weit auseinanderliegend (bis hinab in die Trachea [Schnitzler, Chiari]), gefunden werden, wird bei der Ausbreitung des Sarcoms besprochen werden. Der Anschein einer mehrfachen Geschwulstbildung könnte dadurch erweckt werden, dass, auf einer derben Unterlage wachsend, die Geschwulst durch horizontale oder senkrechte Einkerbungen, erstere an der Epiglottis, letztere am Stimmbande, in mehrere Abschnitte zerfällt (Fauvel 33, Semon III, Navratil, Mackenzie 2, Balassa, Gottstein, Bergeat).

Die Oberfläche weist auch ausserdem, von der vollkommenen Glätte bis zum papillomatösen Bau, jeden Grad der Zerklüftung auf. Zwar

Digitized by Google

herrschen die glatten rundlichen Sarcome vor, aber nicht selten ist die Form auch knollig, höckerig und drusig genannt; bezeichnende Abbildungen der Maulbeer- und der drusigen Form geben Burow und Balassa. An der pharyngealen Wand haben Mackenzie, No. 4, und Browne, No. 8, tiefgefurchte Sarcome gesehen, welche das gleiche Aussehen wie Carcinome haben. Die Beobachtung Semon II von zottiger Beschaffenheit der über dem Tumor liegenden Schleimhaut, analog dem Aussehen der Blasenschleimhaut bei Sarcom, ist vereinzelt geblieben.

Die Grösse der Sarcomknoten ist manchmal gewaltig. Am grössten können sie im Larynxeingang werden, wo härtere Geschwülste an ihrer unteren Seite einen Luftcanal überdachen, der für das langsam herabgeminderte Luftbedürfniss längere Zeit genügen kann. Wir lesen mehrfach von Wallnussgrösse, oder von subglottischer Verengerung auf Federkieldicke verengt ist u. A.

Das Wachsthum kann ein recht rasches, aber auch ein recht langsames sein. Beispiele für das erstere sind bei Burow II, Schech I, Sidlo, Türck, Lennox Browne, Cohn (doch haben nur die beiden letzteren Fälle mit Ausgang vom Sinus pyriformis einen durchaus bösartigen Verlauf genommen), für das letztere bei Schrötter, Gottstein, Blanc, Fauvel 211 zu finden. Im Allgemeinen wachsen schnell die Rundzellen- und Alveolarsarcome, die Sarcome der grossen Buchten, die rundlichen grossgelappten, langsam dagegen die spindelzelligen, speciell jene der pharyngealen Wand, und die drusigen und höckerigen. — Nach Erreichung eines grösseren Volumens und zugleich, laut früher Gesagtem, einer grösseren Weichheit wird meistens das Wachsthum intensiver. Bezüglich der Recidive scheint es von Einfluss zu sein, ob Partikel, welchen eine grosse Wachsthumsintensität innewohnt, oder aber wenig energische, erschöpfte zurückgeblieben sind; auf diese Weise glaube ich die späten Recidive Schech I und Blanc besser zu erklären als durch die Annahme eines zweiten Keimes in der Nachbarschaft oder eines periodischen Einschlusses von Geschwulstelementen in Narbengewebe oder einer wiederaufflammenden Dyscrasie.

Die Ausbreitung vollzieht sich meist in geschlossenem Vorrücken, wobei den Blutgefässen eine directe Betheiligung nachgewiesen werden kann. Auch ohne dass wir die microscopischen Befunde an den Gefässwänden heranziehen, vermögen wir schon laryngoscopisch aus dem Fehlen eines hyperämischen Hofes abzuleiten, dass keine Compression der Gefässe statt hat. Wenn nämlich das Sarcom in irgend welchen anderen Geweben zwischen den Gefässen seinen Weg nähme, so müssten die Gefässe zwischen den gegen einander drängenden Geschwulstmassen comprimirt werden, gerade wie die Nervenzweige, deren Absterben durch die mehr minder vollständige Schmerzlosigkeit der Operation am Sarcome selbst sich zu erkennen giebt. Die Geschwulst lässt sogar manchmal eine Vermehrung des Blutgehalts gegenüber der Umgebung bald durch die dunklere Färbung ihres Stieles oder ihrer ganzen Fläche bald durch die stärkeren Blutungen im Recidive erkennen. Durch das Fehlen der collateralen Fluxion wird die verhältnissmässige Geringfügigkeit der Symptome, durch die Schonung der Gefässe die geringe Neigung zur Ulceration verständlich. — Für dieses compacte Fortschreiten lassen sich nun folgende Richtungen feststellen: die horizontale im Larynx-

Digitized by Google

eingange, ferner von der convexen Seite her nach dem oberen Kehlkopfrande und im vordersten Theile der Stimmbänder, wo ohne Schädigung der Epiglottis die Geschwulst auf die andere Seite übergeht; die Richtung nach aussen ventrikelwärts vom mittleren Abschnitte des Stimmbandes aus; die vertical abwärtssteigende in den subglottalen Theilen; eine ab- und aufwärtssteigende bei Sarcomen, welche anscheinend im Hintergrunde des Ventrikels entstanden sind. Alveolarsarcome in der Nähe der Epiglottisbasis haben grosse Neigung, durch den Zwischenraum zwischen Schild- und Ringknorpel nach aussen zu treten. — Eine grosse Widerstandsfähigkeit gegen den Angriff durch wachsende intralaryngeale Sarcome zeigen der Kehldeckel und die Interarygegend; an ihnen allein finden sich auch die beachtenswertheren Narbenbildungen in der Peripherie von Sarcomen. — In keinem Falle ist ein Ueberschreiten der oberen Kehlkopfumrandung von innen her gemeldet; wir müssen also sehr vorsichtig sein, bei gleichzeitiger Affection des Kehlkopfes und des Rachens ein primäres Kehlkopfsarcom anzunehmen. — Zu Arrosion oder gar Perforation des Knorpels ist es nur selten gekommen, bei Robinson, Lange, Hahn, Baurowicz; mindestens in zwei von diesen Fällen kann der Ventrikel oder seine nächste Umgebung als Ausgangspunkt der Geschwulst angesehen werden. Die wiederholt erwähnte Verknöcherung von Knorpeln darf nicht ohne Weiteres als Folge der localen Sarcomerkrankung aufgefasst werden; bei Schech's intraperichondralem Sarcome war auffällig wenig Verknöcherung vorhanden.

Eine zweite, seltenere Art der Ausbreitung ist die sprungweise. Es liegen zwar keine microscopischen Untersuchungen über die Nebenknoten vor, man wird sie aber als gleichwerthig mit den multiplen Krebssprossen gelten lassen können. Sie sind erwähnt von Fauvel (Sitz am anderen Stimmbande), Robinson, Jurasz (Sitz auf der anderen Seite, subglottisch), Albert, Blanc (Wechselbeziehung zwischen Kehldeckel und Aryknorpel), Schnitzler-v. Frisch (mehrfache Knoten in der Luftröhre; auch bei Bergmann, Schech I, Scheinmann sind Gewebsveränderungen an der Peripherie der grossen Tumoren beschrieben, die ebenso wie die nicht sichtbar zusammenhängenden Schwellungen auf der anderen Kehlkopfseite eine sprungweise Ausbreitung darstellen mögen.

Secundär ist der Kehlkopf verhältnissmässig selten ergriffen, und zwar von der Schilddrüse, vom Schlunde und von der Zunge her. In einem Falle hat es den Anschein, als hätte die Verknöcherung der Schildknorpelplatte einen Schutz nach der Seite der Schilddrüse hin geboten; meistens schlägt die Invasion von der Schilddrüse her den Umweg über die Trachea ein. — Sehr beachtenswerth ist die Darlegung Bruck's, warum er glaubt, dass das von ihm beschriebene Sarcom von den Halslymphdrüsen aus in den Larynx gewuchert sei. Gleitsmann's Sarcom verhält sich ganz ähnlich. Ich kann mir indess sehr wohl denken, dass ein zweiter Sarcomherd, hier speciell der in den Lymphdrüsen, den ursprünglichen im Wachsthum und bei der unbehinderten Anschoppung in den Lymphdrüsen auch in den regressiven Erscheinungen überholt haben kann.

Die Affection der Lymphdrüsen ist viel weniger selten (mindestens 15 pCt.), als man nach der gewöhnlichen Behauptung glauben sollte. Einzelne Fälle, in welchen eine Ulceration vorhanden war, oder wo be-

Digitized by Google

einseitigem Sarcome die Drüsen beider Halsseiten geschwollen waren, geben natürlich dem dringendsten Verdachte auf entzündliche Anschoppung Raum; in den meisten Berichten aber findet derselbe keine Stütze. Die Drüsenschwellung ist in der Regel, aber nicht immer, von übler Bedeutung. Ausser in den Fällen Délie und Foulis hat sie sich nur bei Rundzellen- und Alveolarsarcom gefunden.

Niemals ist bei Sarcom des Taschenbandes oder Kehldeckels eine Drüsenaffection erwähnt, am häufigsten dagegen bei jenem ausserhalb der Kehlkopfhöhle (Sinus pyriformis und convexe Wand) und bei subglottischem. Bessel-Hagen's Sarcom hatte sich zur Zeit der Drüsenschwellung wenigstens noch nicht in offenkundiger Weise ausserhalb der Kehlkopfhöhle ausgedehnt (ebenso auch die Sarcome Fauvel 80 und 211), so dass es nicht gewiss ist, ob es nur nach Ueberschreitung des Kehlkopfinnenraumes zu Metastasen in die Drüsen kommen kann. — Es haben sich Drüsen bis zur Mitte des Halses und hinauf bis in die Kieferwinkel geschwollen gefunden; Semon fand sie bei der Section in der Furche zwischen Kehlkopf und Speiseröhre. — Die Zeit der Constatirung nach dem ersten Fühlbarwerden des Kehlkopfleidens war in Semon's Leichenbefunde ein Jahr, bei Fauvel 80 $1^1/_2$, bei Bessel-Hagen und Foulis 21—24 Monate, bei Lange und Browne 2—3 Jahre.

Entferntere Metastasen sind nur in der Lunge von Rzehazek und vielleicht in der Epididymis von Lange beobachtet worden.

Erscheinungen von Rückbildung der Geschwulstelemente finden sich in den Fällen Türck, Schrötter, Schech II. — Ulceration ist nicht häufig, etwa in einem Zehntel der primären Kehlkopfsarcome gemeldet. Sie kam hauptsächlich am Stimmbande, also an einem Orte, wo die Geschwulst vielen mechanischen Insulten ausgesetzt ist, ferner noch am Taschenbande und im Sinus pyriformis zur Beobachtung. Die Zeit ihrer Constatirung war 3—4, 5, 7 Jahre nach den ersten Symptomen; nur Bergmann hat bereits nach $^5/_4$ Jahren eine Ulceration gesehen, bei welcher es aber, nach der ganzen Vertheilung des Sarcoms im Larynx, zweifelhaft bleibt, ob sie wirklich den Zerfall der Geschwulstmasse und nicht vielmehr die entzündliche oder mechanische Läsion einer nichtdurchwucherten Kehlkopfpartie darstellt. — In Blanc's Fall kam es durch Ulceration zu schwerer Blutung. Jeder Fall, in welchem es zur Ulceration der Geschwulst gekommen ist, ausser dem Bergmann'schen, ist lethal verlaufen.

Ob eine theilweise Spontanheilung eintreten kann, ist ungewiss; in den Fällen Bergmann und Ganghofner fanden sich dicht am Rande des Sarcomes Narben, ohne dass eine Operation vorgenommen worden wäre, desgleichen an der Kuppe des allerdings operirten und recidivirten Sarcomes Fauvel 214, endlich im Falle Schrötter. Ich verweise zurück auf die Aetiologie, wo ich mich über die sonst noch mögliche Deutung solcher Narben ausgesprochen habe.

Wenn ich das bisher Bekanntgewordene nach den einzelnen Sarcomformen concentrire, so wissen wir über das

Spindelzellensarcom: Es stellt ungefähr die Hälfte der Fälle dar und kommt besonders in der vorderen Kehlkopfhälfte, doch auch sonst überall, ausgenommen den Sinus pyriformis, zur Beobachtung; aus-

Digitized by Google

schliesslich war von ihm primär die Epiglottis und die hintere Wand, fast ausschliesslich das Stimmband befallen. Sein Ursprung ist in der Submucosa, meist mit breiter Basis, an Kanten auch mit breiterem Stiele, niemals in Form einer diffusen Infiltration. Es ist im Allgemeinen blasser, sonst aber meist dem Fibrom ähnlich gefärbt, ist meistens hart, von mehr weniger regelmässiger Rundung mit höckeriger, seltener mit glatter oder drusiger Oberfläche. Es wächst meistens langsam und unter gleichmässigem, nur ausnahmsweise unter sprungweisem Fortschreiten (Blanc). Es führt höchst selten zur Drüseninfiltration (Délie). Ein typischer Entzündungshof fehlt bei ihm (wie überhaupt beim Kehlkopfsarcome). Wenn es nicht in Folge eines exponirten Sitzes an der Stimmbandkante verhältnissmässig häufig zur Ulceration gelangte, würde es in jedem Punkte die mildere Form des Kehlkopfsarcomes darstellen.

Rundzellen- und Alveolarsarcom: Die microscopische Trennung dieser beiden Formen ist in der vorliegenden Casuistik wahrscheinlich nicht genügend durchgeführt und ist deshalb noch keine gesonderte Characterisirung möglich. Ihr Gebiet ist hauptsächlich die Seitenwand mit Ausschluss der Stimmbänder, ferner der Ventrikel, der Sinus pyriformis. Sie sind im Allgemeinen heller, breiterbasig (bis zur diffusen Infiltration), wohl auch weicher, als das Spindelzellensarcom. Ihr Fortschreiten ist nicht selten von sprungweiser Knotenbildung begleitet. — Speciell das Alveolarsarcom hat meist eine so diffuse Form und kommt so häufig mit den tieferen Gebilden des Kehlkopfes in Collision, dass ein anderes Muttergewebe als die Submucosa angenommen werden muss. Das Alveolarsarcom bietet auch am häufigsten unter Drüsenanschwellung, Schmerzen, Auftreibung des Kehlkopfes, Knorpelnecrose ein ganz schlimmes Krankheitsbild; Küster allein war im Stande, nach angemessener Zeit von Heilung eines Alveolarsarcomes zu berichten.

Riesenzellensarcom: Das innerhalb des Perichondriums gewachsene Schech's verlief nur mit Einengung des subglottischen Lumens.

Eine kurze Schilderung ermöglicht sich beim Luftröhrensarcom. Primär zeigt es sich meist als bereits sehr grosser Tumor, welcher breitbasig an der hinteren Wand in der oberen Hälfte sitzt und eine relativ glatte Oberfläche sowie rundliche Formen hat. Von Metastasen sind nur solche innerhalb der Luftröhre selbst bekannt geworden. Da ausserdem keine Neigung zur Ulceration und zum Fortschreiten nach aussen und nur ein sehr langsames Wachsthum besteht, ist das Verhalten eigentlich ein recht gutartiges; dafür aber pflegt die Operation durch den grossen Blutreichthum complicirt zu werden. Um bezüglich des Wachsthums nachzuholen, so ist dasselbe gewiss langsamer in der Luftröhre als im Kehlkopfe; wenn nämlich noch Monate und selbst ein Jahr von der ersten Empfindung der geringeren Luftzufuhr bis zum Beginne der Behandlung verfliessen konnten, so dürfen wir die vorangehende Wachsthumsperiode mit mehrfach mehreren Monaten und mit mehreren Jahren annehmen, womit auch die directeren Angaben übereinstimmen. — Secundär wird die Luftröhre besonders vom Kehlkopfe, im Fortwuchern oder auf metastatischem Wege, und von der Schilddrüse aus ergriffen.

Digitized by Google

	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen
Broadbent	Seit 4 Jahren.	Stimmstörung, Dyspnoe, Schluckschmerzen, plötzl. Erstickung.
Rauchfuss		Hochgrad. Larynxstenose.
Schrötter	Seit 2 J. heiser; Verschlimmerung mit zeitweiser Besserung seit 1 J.	Kürzerer Athem; Anstrengung beim Sprechen, Herzklopfen.
Türck	Seit 1½ Mon. mässige Heiserkeit.	Normaler Verschluss der Glottis beim Husten.
v. Balassa	Seit 1½ J. nach Erkältung Heiserkeit (mit Besserung) und Athembeschwerden.	Ganz stimmlos; Aryknorpel normal beweglich; hohe Athembeschwerden bes. Nachts, häufig krampfhafte Hustenanfälle bei Nacht. Rec.: Athembeschwerden, Husten, Stimmbänder träge beweglich.
Gottstein	Im Alter v. 8 Wochen heisere, fast klanglose Stimme (wohl congenital).	Keine Athembeschwerden.
Planchon	Vor 2 J. Erkältung.	Die Stimmbänder bewegen sich nicht so gut als die Aryknorpel.
Sidlo	Seit 1 Mon. Fremdkörpergefühl,	das sehr lästig wurde.
Buck		Heiserkeit, Dyspnoe.
Mackenzie		
1. Nummer		Aphonie, Dyspnoe, schwere Dysphagie.
2. Nummer	Syphilis?	Stimmverlust. Verjauchung nach etwa 3 J.
3. Nummer	Seit 23. J. heiser, mit seltenen Pausen. Seit 1 J. dauernd heiser.	Halsweh und „pricking pain“.
4. Nummer	transit. leicht. Schluckschmerzen; seit 3½ Jahr. Schluckbehinderung von Zeit zu Zeit (so dass Hysterie angenommen wurde).	

Digitized by Google

	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen.
Blanc	Seit ca. 5 J. wachsende Stimm- u. Respirationstörungen; Stimme seit 2 J. verloren.	Tumor blutet leicht. Rec.: Zerfall unter mehrmaliger Hämorrhagie, Abscedirung.
Laroyenne	Seit 1 J.	Erstickungsanfälle alle 8—10 Tage. Husten, blutgestreifter Auswurf.
Cohen, Solis	Syphilis war vorhand.	
Fauvel F. 33	Seit 3 J. langsamer Verfall der Stimme.	Schwere Dyspnoe, bes. inspir. (daher für Asthma gehalten); Exspir. zieml. frei; starke Abmagerung.
F. 80	Seit 1½ J. Tieferwerden und allmähliger Verfall der Stimme.	Heiserkeit, Abmagerung; kein Fremdkörper- od. Schmerzgefühl; eigenartiges Beissen (wie von Pfeffer) im Halse; taubes Gefühl in der Jugulargegend.
F. 137	Seit 4 Jahren heiser.	Stickanfälle.
F. 190	Seit 3½ J. Heiserkeit, plötzlich aufgetreten nach Angina.	Sehr lästiges Fremdkörpergefühl, während längerer Zeit Husten, etwas Blutauswurf.
F. 211	Vor 7 J. allmählige Veränderung d. Stimme; seit 2 J. nur mehr Flüstern, seit 1 J. Unbehagen u. Brennen im Halse, Anschwellen der Submaxillardrüsen, seit ¾ J. Abmagerung.	Ulceration der Massen.
F. 214 = Raymond & Longuet	Seit 2 Jahren, nach Catarrh, Schwierigk. bei Hervorbr. hoher Töne, verschleierte Stimme, nach 9 Mon. Aphonie. Vorstellung 11 M. n. ob. Datum.	Inspiration leichter als Exspir.; eigenthüml. Haltung des Kopfes beim Schlucken und Sprechen. — Schleimdecke auf dem Tumor.
Schech I.	Vor 3 Mon. Veränderung d. Stimme durch Längerabwesenden bemerkt, rasche Verschlimmerung.	Stimme rauh, schnarrend, rasch ermüdend; Athembeschwerden; später Fehlschlingen, Abmagerung, nächtliche Suffocationsanfälle.
2. Recidiv		Seit einiger Zeit Verschlechterung d. Stimme, etwas blutig. Auswurf.

Digitized by Google

	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen.
Robinson	Lues vor 9 – 10 J., Erkältung vor 3 J., seither Aphonie, seit einigen Mon. contin. Schmerz d. Kehlkopfgegend, endlich Schlingbeschw.	
Burow II.	S. 6 Wochen.	„Gequetschte" Stimme, Dysphagie ohne Schmerz, Abmagerung, keine Dyspnoe.
Foulis	Vor 7 J. Erkältung, seither etwas Indisposition der Stimme, s. 1 J. heiser.	Stimmbänder nur mechanisch behindert; leichte Trockenheit im Halse; kein Schluckschmerz.
Lange	Keine Lues. S. 2 J. periodische Heiserkeit, einige Monate später häuf. Husten in Folge Verschluck.; seit 1 J. dauernde Heiserkeit (kam zum Arzte), s. 1/2 Jahr richtige Dysphagie	
Ganghofner	Seit Langem entzündlicher Zustand des Kehlkopfes.	
Elsberg		Ohne Heiserkeit und Dyspnoe.
Semon I.		Doppelseitige Parese und Ulceration der Stimmbänder.
v. Bergmann	S. ca. 5/4 J. Heiserkeit, die stetig zunahm.	Quälendes Gefühl der Trockenheit, Schlingbeschwerden.
Hahn	S. längerer Zeit.	Andauernde Heiserkeit; Anfangs geringe, allmählig grösste Schmerzen beim Schlucken; profuse Speichelsecretion. Zerfall.
Newman I.	Beginnend m. Schmerz in der Kehlkopfgegend.	6 Wochen vor dem Tode: vollständige Aphonie; Schling-Beschwerden; leichte Dyspnoe; etwas später irradiirte Schmerzen nach dem Gesicht (seit mehreren Wochen bereits nach den Ohren); von da ab rascher Verlauf.
Jurist		Dyspnoe; bei verweigerter Oper. Erstickung.

Digitized by Google

	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen.
Hayes, Agnew	Plötzlicher Beginn mit heftigen Schmerzen.	Stimmstörungen; Athmungs-Beschwerden.
Semon II.	S. nicht ganz 1 Jahr Heiserkeit, allmählig Stimmlosigkeit.	Aphonie, aber inspir. Bewegl. der Stimmbänder; keine Dysphagie oder Schmerz; reichl. Schleimauswurf ohne Erscheinungen seitens der Brustorgane. Gestorben nach 2 Tagen.
Délie	Tabaksmissbrauch; allmäliger Beginn.	Erschwerung des Sprechens und Schluckens.
Recidiv		Druck auf d. Kehlkopf schmerzhaft.
Jurasz	S. 3—4 J. heiser. Vor 2 Monaten wiederholte Dyspnoeanfälle.	Ulceration.
Browne, Lennox, F. 3	Seit einigen Wochen rasch zunehmende Dyspnoe mit Stridor.	Keine Heiserkeit; keine Dysphagie; schliessl. Spasmus glott. und Abductorparese.
F. 8		Schlingbeschw.; leichter Husten; einmal starkes Blutbrechen. Beide Stimmbänder gelähmt.
F. 10	Heiserkeit.	Später fast vollkommene Aphonie, dann Dyspnoe, beide mit Paroxysmen. Niemals bedeutende Dysphagie. Schmerzen nach den Ohren frühzeitig und constant.
Cohn	Früher Lues. Vor einigen Wochen Erkältung, seither Halsschmerzen u. Dickerwerden des Halses.	Stimmbänder beweglich; leichte Beschwerden im Halse. Ulcerat.
Scheinmann	Seit Monaten zunehm. Heiserkeit.	Die Heiserkeit ist mechanisch verursacht; keine Bewegungs-Beschränkung des Stimmbandes der kranken Seite. Leichter Druck beim Leerschlucken. Hier und da Blutspuren im Speichel.
Mackay	Beginn vor ca. 1 J.	Athem- und Schlingbeschwerden.
Birkett		Aeusserst mühevolle Athmung.
Semon III		Leichte Heiserkeit.
Schech II		Hochgradige Dyspnoe.
Baurowicz	Beginn vor 2 Monat.	Athembeschwerden, Schluck-Beschwerden, kein Schmerz.
I. 2a. Heath		Schwächerwerden der Stimme. Rascher Verlauf.

Digitized by Google

	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen.
Browne, Lennox		Phonation (aber nicht Articulat.) normal, keine Dysphagie oder Dyspnoe.
Bruck	3/4 J. vor der Oper. Auftreten v. Heiserkeit und Husten.	
I. 3. Fauvel Fall 131	Seit mehreren Monat. Dysphonie.	Kein Fremdkörpergefühl.
Fall 267	Seit 2 J. Veränderung, seit 4 Monaten vollkommener Verlust d. Stimme.	
Toeplitz	Seit 3 M. Heiserkeit, bei freier Beweglichkeit der Aryknorpel.	
II.1.Schrötter Fall 1		Stickanfälle u. Dyspnoe, mechan. verursacht. In späteren Jahren merkwürdig geringe Beschwerd.
Meyer-Hüni	Seit Erinnerung, fast seit Geburt Athembeschwerden.	
Johnston & Cotterill	Seit 1 Jahr Athembeschwerden.	
Chiari-Maydl	Seit 5 Monaten Heiserkeit.	
Koch	Wachsende Dyspnoe; Anfangs keine Störung der Stimme.	
II. 2. Rose	3 1/2 M. nach Schwellung der Thyreoidea hochgr. Athemnoth.	5 Wochen später Erstickungsanf.
Paul	Seit 2 J. wachsende Athembeschwerden.	Druck und Völle zwischen Kehlkopf und Kopfnicker.
Schnitzler-v. Frisch	Seit 1 J. Heiserkeit u. Athembeschwerd.	In den letzten Monaten Steigerung. Stimme rein, etwas schwach. Leichter Schmerz bei Druck fingerbreit unter d. Ringknorpel.
Huber		Auswerfen von Stücken der Geschwulst.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 25. Juni 1895.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Pollak.

Docent Dr. Bing stellt zunächst eine Patientin als geheilt vor, welche, mit linksseitiger-chron. eitriger Mittelohrentzündung und einem den äusseren Gehörgang erfüllenden, aus dem Attic. der Paukenhöhle entspringenden Polypen behaftet, in Behandlung gestanden war.

Man sieht jetzt Otorrhoe und Entzündung vollkommen geschwunden, vom Trommelfell nur zum Theil der verdickte und leicht verkalkte vordere obere Quadrant mit dem gleichfalls verdickten Hammergriff erhalten — von letzterem zieht ein Bindegewebsstrang zu dem freiliegenden Köpfchen des Steigbügels (Ambossschenkel fehlt) —, nach hinten die Sehne des M. stapedius, nach obenhin der Wulst des Canal. Fallop., mit grau glänzender Paukenschleimhaut überzogen, sichtbar. Desgleichen das Promontorium, von kleinen Ecchymosen bräunlich gesprenkelt, mit den Schenkeln der Nische zum runden Fenster, an welche dünnes durchsichtiges Narbengewebe vom Rande des unteren peripheren Trommelfellrestes herangewachsen war. — Hörweite nahezu 2 Mtr. für Flüstersprache.

Dr. B. hat den Fall nicht nur wegen des interessanten Befundes vorgestellt, sondern auch als Belag für die Möglichkeit der Heilung von im Attic. etablirten Entzündungsprocessen und deren Producten durch sogen. conservative Behandlung, da auch ohne Herausnahme des Hammers der Fall jetzt nach 1½ Jahren noch ohne Recidive geblieben ist. Ob eine solche nicht fernerhin noch eintreten wird, muss dahingestellt bleiben. — Uebrigens kann auch die Entfernung der Gehörknöchelchen das Ausbleiben einer Recidive nicht garantiren.

Gleichwohl sieht Dr. B. die Entfernung der Gehörknöchelchen in solchen Fällen als einen Eingriff an, durch welchen immerhin die Verhältnisse für die weitere Behandlung und Heilung sich günstiger gestalten und bei Fehlen des Ambossschenkels auch das Hörvermögen nicht alterirt wird. — Dies soll ein zweiter Fall demonstriren, den Dr. B. vorstellt und in welchem die Herausnahme des Hammers beabsichtigt ist — auch ein Fall von chron.-eitriger Mittelohrentzündung rechterseits bei einer etwa 40jährigen Frau, welche schon seit längerer Zeit ohne Erfolg in Behandlung ist und wo neben einer Perforation in der Membr. Shrapnelli noch eine spaltförmige Lücke hinter dem Hammergriff besteht, in deren Tiefe stets eingedickter Eiter gewissermaassen eingeklemmt ist und erst mit der Sonde herausgeholt werden muss. Die eigenthümliche, seltene Spaltform dieser Lücke stellt sich Dr. B. so zustandegekommen vor, dass früher ein grösserer Substanzverlust bestanden hatte, an dessen Rändern dann Narbengewebe sich gebildet und mit der inneren Paukenwand verwachsen ist, so dass nur der frei abstehende Hammergriff den Spalt nach vornehin begrenzt.

In Vertretung seines Chefs, Prof. Urbantschitsch's, berichtet Dr. Max über das Operations-Ergebniss zweier in der letzten Sitzung vorgestellter Fälle.

Digitized by Google

1) Die Operation des aus dem Gehörgange hervorragenden knöchernen Tumors[1]) ergab, dass derselbe gar nicht dem Proc. mastoid. angehörte, sondern mit demselben nur durch fibröses Gewebe verbunden, dagegen mit dem knorpeligen Gehörgang verwachsen war. Nach Incision der Cutis des Warzenfortsatzes parallel der Muschelinsertion und Präparation des Integuments nach vorne präsentirte sich der Tumor als leicht bewegliches Gebilde, welches sich, nachdem dessen fibröse Fixation an der vorderen Warzenfortsatzfläche leicht durchtrennt wurde, als mit der hinteren und unteren knorpeligen Gehörgangswand fest verwachsen erwies. Nach Durchschneidung des Gehörganges in seiner Circumferenz nach hinten und oben bis zur vorderen Wand konnte der Tumor entwickelt werden. Derselbe reichte bis an's Trommelfell, welches er tief in die Paukenhöhle hineingedrückt hatte und ist von unregelmässiger, grobhöckeriger Gestalt mit zwei grösseren Prominenzen, von denen die eine beim Gehörgange herausragte, während die andere dem Trommelfelle zugewendet war. Der Längendurchmesser beträgt 3, der Höhen- resp. Querdurchmesser 2,5 Ctm. Consistenz von Knochenhärte.

Hinter dem Tumor befand sich eine grosse Menge käsiger Masse. Nach Entfernung des Tumors zeigte sich im Gehörgang nach hinten ein grosser Sack, dessen Grund acht Tage später, nach eingetretener Abschwellung, als Trommelfell mit Spuren des Hammergriffbildes sich zeigte, welches gegenwärtig deutlich zu erkennen ist.

Die hintere Wunde, ebenso die durchtrennten Theile der Gehörgangswand wurden durch Knopfnähte genäht und heilten per primam.

Das Gehör, welches früher 2 Schritte für halblaute Sprache und Uhr a. c. betrug, ist jetzt nach der Operation 15 Schritte für Flüstersprache und für die Uhr 15 Ctm.

$\frac{}{120}$

Microscopischer Befund folgt später.

2) Der am hinteren Helixende eines Mannes gesessene Tumor, der wegen seiner variablen Grösse als Fibroangioma angesprochen wurde, erwies sich merkwürdiger Weise als ein von einer derben Kapsel vollkommen eingeschlossenes, kleinhaselnussgrosses, mehr weniger begrenztes, blaurothes Gebilde, das in toto entfernt werden konnte. Die Turgescenz desselben rührte nicht von diesem selbst, sondern von der ihn umschliessenden, äusserst gefässreichen Cutis her.

Beim Durchschneiden entleert sich ein wenig klare Flüssigkeit an der Schnittfläche, welch' letztere ziemlich eben ist.

Die microscopische Untersuchung ergiebt folgenden Befund:

Die Umrandung des Präparates wird allenthalben von einem ziemlich grobmaschigen, fibrösen Gewebe gebildet, welches stellenweise zahlreiche Kerne trägt. Der Tumor selbst besteht aus einem recht kernreichen, fibrillären Gewebe, welches meistens aus parallel angeordneten Bündeln besteht und zwischen denen sich mannigfach verzweigte Hohlräume befinden. Die letzteren sind bald rund, bald spaltförmig und verzweigt und mit vielfachen Ausbuchtungen versehen. An der Innenfläche ist ein aus Plattenzellen mit spindelförmigem Kerne bestehender Endothelbelag nachweisbar. Die Hohlräume sind grösstentheils leer, stellenweise mit feinkörnigem, geronnenem Serum gefüllt.

[1]) S. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1895, S. 203.

Digitized by Google

Ausserdem sind an manchen Stellen Fettläppchen eingelagert. Die microscopische Diagnose lautet demnach: Fibrolymphangioma cysticum.

Dr. Max demonstrirt einen von ihm modificirten Pulverbläser. Derselbe besteht aus einem mit kleinem Ballon versehenen Behälter für das Pulver, in welch' letzterem ein mit dem Ballon fest verbundener Hohlzapfen hineinragt. Dieser ist seitlich mit einer schief gebohrten Oeffnung versehen, durch welche die aus dem Ballon getriebene Luft streicht und in dem Pulverbehälter einen Wirbel erzeugt. Dadurch wird das Pulver nicht direct vom Luftstrome getroffen, sondern in fein vertheiltem Zustande aus dem auf den Pulverbehälter aufgesteckten Ansatz ausgetrieben. Die Vortheile des Pulverbläsers sind: 1) bequeme Handhabung; 2) Verwendbarkeit für Ohr, Nase und Larynx; 3) billiger Preis.

Herr Gomperz bespricht eine Methode, um nach Ablösung des dem Promontorium adhärenten Hammergriffs die Wiederverwachsung zu verhüten und erläutert sie an folgender Krankengeschichte: „Beiderseits Residuen chronisch-eitriger Mittelohrentzündung. Rechts: Perforation, Verkalkung, Uhr ad concham. Links ist das ganze Trommelfell bis auf einen oberen, den Hammergriff enthaltenden Zwickel zu Grunde gegangen; hinten oben ist die intacte Verbindung zwischen Amboss und Steigbügel zu sehen, der Umbo ist dem Promontorium durch straffes Narbengewebe adhärent. Die Mucosa zeigt sich röthlich-gelb, blass, trocken. Uhr 3 Ctm., Flüstersprache 60 Ctm. Die Hörweite an beiden Ohren bessert sich weder nach Catheterismus, noch nach Luftverdünnung. Rinné beiderseits negativ.

Nach Durchtrennung der Verwachsung mit Tenotom und Synechotom führte G. eine sorgfältig sterilisirte, 0,2 Mm. dicke Platte aus weissem Celluloid zwischen Hammergriffende und innere Paukenwand ein. Er schnitt sich hierzu aus dem papierdünnen Materiale[2]) einen 3½ Ctm. langen, ungefähr kreisabschnittförmigen Streifen, der an den Enden 1 Mm., in der Mitte 4 Mm. breit war. Dieser Celluloidstreifen wurde nun, nachdem die beiden Enden aneinandergelegt und mit der Pincette gefasst worden waren, in die Tiefe des Gehörganges geschoben und derart angelegt, dass der mittlere, breiteste Theil zwischen Hammergriffende und Promontorium zu liegen kam, während die zwei Enden des elastischen Streifens federnd an die vordere und hintere Wand des Gehörganges sich anlegten; dadurch wurde die nothwendige unverrückbare Lage gesichert. Diese dünne, zarte und dabei doch feste, elastische Platte genirte und reizte absolut nicht und erzeugte keine Secretion. G. liess sie 14 Tage liegen, nach welcher Zeit die Uebernarbung der Wundflächen vollendet war. Zwei Monate später konnte noch constatirt werden, dass der Hammergriff frei herabragte.

Die Hörweite war gleich nach der Operation von 60 Ctm. auf 4 Mtr. gestiegen; am Schlusse der Behandlung, resp. bei der letzten Controlle wurde Flüstersprache auf 3—4 Mtr. gehört.

In der Discussion bemerkt Gruber, dass die Dauer der Beobachtung zu kurz sei, um die Möglichkeit einer Wiederverwachsung gänzlich ausschliessen zu können.

Politzer möchte die Operation nur dort machen, wo die Gehör-

[2]) Sogen. Celluloidpapier, bezogen von J. Schmeidler, VII. Stiftgasse.

Digitized by Google

knöchelchenkette intact ist, bei Defecten des langen Ambossschenkels sei jedoch kein Erfolg zu erwarten.

Bing glaubt, es hätte in dem Falle auch die Tenotomie des M. tensor tympani vorgenommen werden müssen, um gegen die Wiederverwachsung dauernd Sicherheit zu gewähren.

Gomperz weist Prof. Gruber gegenüber darauf hin, dass der Process ein abgelaufener sei, wo die Otorrhoe längst sistirt habe und durch Ueberkleidung der nun gegenüberstehenden Flächen mit Epithel die Wiederverwachsung kaum möglich sei; gegenüber Bing verwahrt sich G. bei dem Umstande, dass das andere Ohr das schlechtere war, gegen den Vorwurf, die Tenotomie nicht ausgeführt zu haben, eine Operation, der man bei den günstigst verlaufenen Fällen nur so viel nachsagen kann, dass sie nicht geschadet habe. Halte man sich an das „primum non nocere", dann durfte man durch einen Eingriff so zweifelhafter Qualität den Rest von Hörvermögen nicht auf's Spiel setzen.

Prof. Gruber bleibt bei seiner Befürchtung und bittet, nach längerer Zeit wieder über den Fall zu berichten.

Prof. Politzer demonstrirt die Abbildungen einer bilateralen angeborenen Difformität der Ohrmuscheln von einem einjährigen Knaben, der vor einigen Tagen in das Ambulatorium der Klinik für Ohrenkranke gebracht wurde. Die linke Ohrmuschel zeigt die häufig beobachtete Form eines s-förmigen Wulstes, dessen oberer Theil das Knorpelrudiment und eine kleine, blind endigende Depression enthält, welch' letztere als äussere Ohröffnung des strangförmig sich anfühlenden soliden knorpeligen Gehörganges anzusehen ist.

Die rechte Ohrmuschel zeigt im oberen Theile nahezu dieselben difformen Veränderungen wie links, hingegen erweist sich der untere, mehr als die Hälfte der ganzen Muschel betragende Theil als ein schlaff herabhängendes Ohrläppchen, dessen laterale Fläche einen kleinerbsengrossen, gestielten, weichen Auricularanhang trägt.

Die den Ansatzstellen entsprechenden Partien des Schläfebeins sind stark abgeflacht, das Gaumensegel zeigt beim Schreien des Kindes nur geringe Beweglichkeit.

P. schliesst hieraus, dass die Difformität der Ohrmuscheln und die Atresie der Gehörgänge in diesem Falle mit einer rudimentären Entwickelung des Mittelohrs combinirt ist, dass aber das Labyrinth normal entwickelt sei, da das Kind schon auf mässige Geräusche reagirt.

P. weist auf das von ihm zuerst beschriebene Symptom der geringen Beweglichkeit der Gaumenhälfte bei einseitiger Difformität des äusseren und mittleren Ohres hin. Dieses Symptom lässt mit Sicherheit darauf schliessen, dass die Difformität nicht nur das äussere Ohr betrifft, sondern dass gleichzeitig auch die Trommelhöhle und die Ohrtrompete mangelhaft entwickelt sind.

Prof. Politzer demonstrirt ferner 2 pathologische Präparate mit ausgedehnter Cholesteatombildung im Schläfebeine.

Das erste Präparat von einer 80jährigen tauben, im allgemeinen Versorgungshause verstorbenen Frau zeigt einen ausgedehnten Defect der oberen knöchernen Gehörgangswand, welcher in die mit grauem Narbengewebe ausgekleidete Trommelhöhle und in eine mit ihr communicirende, durch Druckusur entstandene colossale Erweiterung des Antrum

Digitized by Google

mastoid. führt. In dieser Höhle war ein kleinnussgrosses, perlmutterartig glänzendes, geschichtetes Cholesteatom eingebettet, welches sich in seiner ganzen Continuität aus der Höhle herausheben liess. Vom Trommelfelle ist nur der vordere obere Quadrant erhalten, der nach hinten zu mit der inneren Trommelhöhlenwand verwachsen. Das Ost. tymp. tubae ist durch eine Narbe verlegt.

Das zweite Präparat kommt von einer 56jährigen Frau aus dem Versorgungshause, die nach einer früher bestandenen chronischen Mittelohreiterung auf dem linken Ohre taub wurde. Die vordere Hälfte des Tommelfells ist erhalten, jedoch stark verdickt, der hintere obere Theil des Trommelfells ist zerstört und die dadurch entstandene Lücke durch einen, die hintere obere Gehörgangswand betreffenden Knochendefect bedeutend vergrössert. Durch diese Lücke ist vom äusseren Gehörgange aus die Epidermis in die Trommelhöhle hineingewachsen und sieht man den ganzen hinteren und oberen Trommelhöhlenraum und das Antrum mastoid. von einem mit einem irrisirenden Häutchen überzogenen Cholesteatom ausgefüllt.

Bei der hierauf stattgehabten Discussion über Morbus Ménière, an welcher die Herren von Frankl-Hochwart, Urbantschitsch, Politzer, Gomperz, Pollak und Gruber sich betheiligten, wurde allgemein anerkannt, dass in dem Vortrage, den Gruber in der letzten Sitzung der otologischen Gesellschaft gehalten[3]), ganz neue, wichtige Gesichtspunkte in Betreff des Wesens und der Prognose dieses Leidens dargethan sind, dass aber die Bezeichnung „Ménière'sche Erscheinungen" des practischen Bedürfnisses wegen für einen ähnlichen Symptomencomplex, der aber nicht, wie Morbus Ménière, durch ein primär im Labyrinth entstandenes Leiden ausgelöst ist, beibehalten werden soll.

II. Kritiken.

Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Von Prof. Karl Störk in Wien. Alfred Hölder 1895. Ref Moritz Schmidt.

Verf. hat in dem Sammelwerke von Nothnagel: „Specielle Pathologie und Therapie" die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes bearbeitet und gewiss war er, als einer der ältesten Vertreter der laryngologischen Wissenschaft zumal an einem Orte, der ein so grosses Krankenmaterial bietet, wie Wien, dazu geeignet, wie kein Anderer. Er hat sich in dem vorliegenden Werke mehr als in seinem ersten an die histologischen Einzelheiten und an die microscopischen Forschungen gehalten, die er und Andere angestellt haben. Die meisten der microscopischen Beschreibungen sind durch vorzügliche Abbildungen klar gemacht. So bietet gleich der Eingang eine 29 Seiten lange Abhandlung über die genaueren Vorgänge bei der Secretion in Nase und Hals, unter kritischer Sichtung der bisher bekannten Ansichten. Ref. möchte aus dem mit so vieler practischer Erfahrung geschriebenen Buche einiges Charac-

[3]) Siehe Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1895, S. 181 u. ff.

Digitized by Google

teristische hervorheben. So nimmt Verf. an, dass aus der Anämie der Schleimhaut sich schliesslich eine Atrophie entwickeln könne. Bei der Hyperämie bespricht er zugleich die Entstehung der Deviationen und der Polypenbildung, über welche beide Erkrankungen aber dann noch in späteren Abschnitten gehandelt wird. Als Ursache des chronischen Nasencatarrhs führt er unter anderen und mit Recht zu enge und pathologische Nasenformen an, durch welche er auch das Vorkommen von Taubheit in einzelnen Familien durch Generationen erklärt. Therapeutisch warnt er vor zu grosser Ausdehnung der Galvanocaustik, er zieht die Lapislösungen vor. Bei der Behandlung der Deviationen hat er grosse Bedenken gegen die chirurgischen Eingriffe. Er meint, dass durch das Abkneifen oder Durchsägen ein jahrelanges Kranksein hervorgerufen werden könne, wobei ihm Ref. nur dann beistimmen könnte, wenn Verf. dazufügen würde: „bei mangelhafter Nachbehandlung", und in der That scheint das warnende Beispiel, das er anführt, überhaupt nicht nachbehandelt worden zu sein. Das Antrum Highmori heilt er, indem er durch die natürliche Oeffnung mit einer in Lapislösung getränkten Wattesonde eingeht und damit alle Wände der Höhle bepinselt. Ref. möchte da doch einige Zweifel über die Möglichkeit der Ausführung dieses Planes hegen. Die Erkrankungen der anderen Nebenhöhlen und deren Behandlung folgt erst viel später. Warum diese Trennung, da die einzelnen Höhlen selten einzeln erkrankt sind, sondern sehr oft zu gleicher Zeit? Die Entstehung der Retropharyngealabscesse führt Verf. auf die Anstrengung des Saugens zurück. Mit die gelungenste Abtheilung des Werkes ist die über die chronische Blennorrhoe und das Rhinosclerom. Bei ersterer vertheidigt Verf. in sehr bescheidener Weise die Existenzberechtigung dieser unter seinem Namen bekannten Krankheit gegenüber dem Sclerom und bei dem zweiten theilt er in langen Tabellen 25 Fälle ausführlich mit und bringt danach eine Reihe sehr vorzüglicher Abbildungen, aus denen sich Jeder, der die Krankheit noch nicht gesehen haben sollte, ein gutes Bild derselben machen kann. Es folgt dann der Abschnitt über die gutartigen und bösartigen Geschwülste und dazwischen eingeschaltet die adenoiden Vegetationen. An die Einwirkung der letzteren auf die Psyche glaubt Verf. nicht recht. Er hält es der Schüler wegen für besser, die Erkrankungen der vier Mandeln nicht zusammen abzuhandeln, wie es Ref. gethan; allein bei ihm erfahren wir über die der Gaumen- und der Zungenmandel überhaupt nichts mehr. Bei den Erkrankungen der Stirnhöhle kommt er auf die des Gehirns als Folge derselben zu sprechen, theilt zwei Fälle von auffallenden psychischen Störungen als Folge von Rhinitis putrida mit und berichtet dann über sechs Fälle, in welchen Meningitis Folge von Nasenerkrankungen war.

Im 18. Kapitel bespricht Verf. eine in sonstigen Lehrbüchern selten erwähnte Erkrankung, nämlich die Lordose der Halswirbel und die sich daran anschliessenden Decubitalgeschwüre an der Ringknorpelplatte. In dem die Neubildungen behandelnden Theile des Werkes ist sehr lesenswerth das Kapitel über das Lymphosarcom, das sich in der Regel zuerst im Nasenrachenraum zeigt und von da nach unten geht. Gewöhnlich werden die Fälle mit Syphilis verwechselt. Auch von dieser Erkrankung finden wir eine Anzahl guter Abbildungen. Ref. hatte Ge-

Digitized by Google

legenheit, den auf Seite 220 abgebildeten Fall in Wien zu sehen und findet ihn sehr characteristisch wiedergegeben.

Auf den folgenden Seiten bringt Verf. eine ganze Anzahl sehr gelungener Abbildungen von Instrumenten zur Untersuchung und Behandlung der Nase und die Nasendurchschnitte nach Onodi.

Im letzten Abschnitte über allgemeine Erkrankungen, die sowohl die Nase als auch den Kehlkopf betreffen, bespricht Verf. nur die Tuberculose.

Er erwähnt hierbei mit Recht, dass auch andere als die tuberculösen Geschwüre im Kehlkopf vorkommen können, wie die catarrhalischen Erosionen, die pachydermischen, typhösen, diabetischen und die Quecksilbergeschwüre und vertheidigt dabei die von ihm zuerst beschriebene, durch Ueberdehnung entstehende Fissur der Hinterwand. Einen Fall von primärer Larynxtuberculose hat er nicht gesehen, ihm sind alle localen Tuberculosen, auch z. B. die des Naseneingangs, der Ausdruck einer allgemeinen Erkrankung. Für die Vererbung vom Vater aus führt er mehrere Beispiele an, die Uebertragung durch Ansteckung findet meistens vom Manne auf die Frau statt. Es folgen dann interessante Abhandlungen über die Bedingungen der Uebertragung, welche den Verf. als sehr bewandert in der Veterinärmedicin zeigen. Auch nach seiner Erfahrung schlummert die Tuberculose oft im Körper, bis sie durch irgend einen Anlass zu neuem Leben geweckt wird. In Bezug auf die Behandlung der tuberculösen Kranken ist er sehr für die Ueberernährung eingenommen und freut sich deshalb über die immer mehr sich ausbreitende Methode der Anstaltsbehandlung, weil bei dieser der Kranke unter einem gewissen Zwange steht, sich so viel zu ernähren, als die Vorschrift erheischt. Nicht beistimmen kann ihm Ref. in dem abfälligen Urtheil über Davos, wenn er sagt: es fehle die Nachricht, wie es den Kranken später ergangen, die bei 26 Grad Kälte behandelt worden seien. Ref. könnte ihm eine ganze Anzahl in Davos dauernd geheilter Kranker vorführen. Die Therapie der Larynxphthise ist eine rein palliative. Von der chirurgischen Behandlung ist er nicht sehr entzückt; er führt zwar auch einen so geheilten Fall an, ist indessen der Ansicht, dass diese Heilung mehr den günstigen äusseren Verhältnissen und der colossalen Ernährungsfähigkeit des Kranken als dem chirurgischen Eingriff zuzuschreiben gewesen sei. Ebenso ist er des Glaubens, dass Heryng nur bei solchen Kranken Erfolge erzielt habe, welche in sehr günstigen äusseren Verhältnissen gelebt hätten. Ref. steht da auf einem ganz verschiedenen Standpunkte und möchte immer wieder den Irrthum bekämpfen, als ob günstige äussere Verhältnisse zu einer Heilung der Larynxphthise nöthig seien. Er hat in dieser Woche drei im Larynx geheilte Tuberculöse in seiner Sprechstunde gesehen, einen Volksschullehrer, einen Fabrikaufseher und die Tochter einer Wäscherin, doch lauter Menschenklassen, die in der Regel nicht an Ueberernährung leiden! Im letzten Abschnitte seines Buches führt dann Verf. eine ganze Anzahl Fälle von Nasentuberculose an, die er durch Kürette und Milchsäurebehandlung geheilt hat. Warum soll man den armen Larynxphthisikern nicht auch diese Wohlthat zu Theil werden lassen? Bei der bekannten hervorragenden technischen Begabung des Verf.'s dürfte es ihm nicht schwer fallen, auch im Larynx die chirurgische Behandlung in den immerhin vielen geeigneten Fällen durchzuführen und sich an den damit er-

Digitized by Google

zielten Heilungen zu erfreuen. Denn es ist doch sicherlich eine sehr grosse Freude, einen geheilten Kehlkopfschwindsüchtigen zu sehen.

Es ist natürlich schwer, in einer räumlich beschränkten Kritik mehr als einen oberflächlichen Ueberblick über das interessante Werk zu geben. Wer den Vorzug hat, den Verf. persönlich zu kennen, wird in dem Buche überall die eigene, von dem Thema begeisterte Art desselben wiederfinden, wird ein lebhaftes Zeugniss der grossen Erfahrung des Verf.'s erhalten, dessen Ansichten ja, gerade in Folge des so mannigfachen practisch Erlebten, in aller Liebenswürdigkeit und in dem Bestreben, anderen Ansichten nicht zu nahe zu treten, vorgetragen, ein eigenartiges individuelles Gepräge bieten. Gerade die grosse Erfahrung des Verf.'s lässt aber um so mehr bedauern, dass er sich in dem Werke so sehr auf die Erkrankungen der Nase beschränkt und wesentliche Erkrankungen der oberen Luftwege gar nicht erwähnt hat, wie z. B. die der Gaumenmandeln und die der Zungenmandel, die bei Syphilis und bei den acuten Infectionskrankheiten, ferner die gesammten Nervenerkrankungen und die Verletzungen etc. Bei dem enormen Material, das dem Verf. zu Gebote steht und bei der langjährigen erfolgreichen Beschäftigung mit der Specialität, muss er doch eine grosse Zahl interessantester Beobachtungen gemacht haben, aus denen wir Alle viel hätten lernen können.

Ganz vorzüglich, wahrhaft musterhaft ist die Ausstattung des Werkes.

III. Referate.

a) Otologische:

Polypöse Wucherungen im äusseren Gehörgang, bedingt durch ein Sarcom der Schädelbasis. Von Dr. Stetter. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIV, III.)

Der Fall bietet insofern ein Interesse für den Ohrenarzt, als neben ausgedehnten Zerstörungen auch die mediale und basale Hälfte der Pars petrosa des Schläfebeines, der ganze knorpelige und knöcherne Gehörgang, der Nervus facialis und acusticus durch den Tumor ersetzt waren und die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass der Beginn der Erkrankung im Ohre stattfand. Gomperz.

Ueber den Einfluss schwacher Schalleinwirkungen auf die acustische Empfindungsschwelle. Von Victor Urbantschitsch. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIII, XV.)

Der Autor berichtet über Versuche, die er angesichts der grossen Meinungsverschiedenheiten betreffs des Besserhörens im Geräusche anstellte, wobei er nicht nur dieses allein in Betracht zog, sondern im Allgemeinen den Einfluss von Schalleinwirkungen auf die Hörfähigkeit näher kennen zu lernen trachtete.

Als Geräuschquelle diente ein Inductionsapparat, dessen Schnurren durch eine Schraube am Neef'schen Hammer verstärkt und geschwächt werden konnte, zur Hörprüfung wurden die üblichen Methoden benutzt, auch der electrische Hörmesser des Autors.

Digitized by Google

Sämmtliche Versuchsergebnisse sprechen dafür, dass ein Besserhören im Geräusche auf einer Steigerung der acustischen Empfindungsschwelle beruht und dass eine Betheiligung des Schallleitungsapparates an dieser Erscheinung sehr fraglich ist. Gomperz.

Unterbindung der Vena jugularis wegen Otitis pyaemica. Vortrag von Dr. Langenbuch in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins. (Berl. klinische Wochenschrift No. 34, 1895.)

L. theilt zwei Fälle mit als Beitrag zu der noch nicht übermässig grossen Casuistik der sich an die pyämische Otitis anschliessenden Operationen. In dem einen Falle (17jähr. Mädchen mit rechtsseitiger chronischer Mittelohreiterung), bei welchem schwere Pyämie vorlag, erwies sich Warzenfortsatz sowie Sinus transversus frei; um weitere Verschleppung pyämischen Materials in den Kreislauf fernzuhalten, durchschnitt L. die Jugularis intern. nach doppelter Unterbindung, worauf zwar die Schüttelfröste und hohen Temperaturen schwanden, nichts desto weniger aber im Verlaufe einiger Wochen Metastasen im linken Ellbogengelenk und auf dem linken Handrücken auftraten; L. lässt es dahingestellt sein, ob dies schon vor der Operation entstandene und nur langsam sich entwickelnde Herde waren, oder ob trotz der Unterbindung der Jugularis intern. doch noch Infectionsmaterial auf Umwegen durch die Jugul. ext. oder V. mediana colli verschleppt worden ist, da auch diese Venen mit den Schläfenbeinvenen in Verbindung stehen; er räth deshalb, in Zukunft auch diese Venen vorsichtshalber zu unterbinden. — Im zweiten Falle wurde, als einen Tag nach der Eröffnung eines linksseitigen Warzenfortsatz-Empyems sich Schüttelfröste bei der 31jähr. Patientin einstellten, zur Verhütung weiterer Fortschritte der Pyämie ebenfalls die Jugul. int. unterbunden; jedoch erfolgte unter nur geringem Nachlass der pyämischen Erscheinungen am zehnten Tage der Tod. Die Section ergab einen jauchig zerfallenen Thrombus in dem bei der Operation am Warzenfortsatze noch frei gewesenen linken Sinus transversus. L. schlägt deshalb vor, auch in Fällen, wo der Sinus sich bei der (wegen pyämischer Erscheinungen unternommenen) Operation als gesund erweist, denselben alle Male breit frei zu legen und mit Gaze auszutamponiren, um prophylactisch sicher zu gehen. Keller.

Zur Histologie der Ohrpolypen. Von Dr. J. Niemak. (Arch. f. Ohrenheilkunde XXXIV, I.)

Niemak untersuchte 55 von der Poliklinik Bürkner's stammende Mittelohrpolypen und sondert sie in 5 Gruppen: 1) Fibroepitheliome, worunter er jene Tumoren versteht, welche neben mächtigen atypischen Wucherungen des Rete Malpighi mit Stachel- und Riffzellen nur verhältnissmässig geringe Mengen gefässführenden Bindegewebes besitzen, also jene Tumoren, die als Papillome oder papillomatöse Fibrome gekannt sind, 2) Angiome, 3) Myxome, 4) Geschwülste der Bindegewebsreihe, 5) Adenome. Die Metaplasie von Cylinder- in Plattenepithel hält N. für viel seltener, als von anderen Autoren angenommen wird; ferner beschreibt er die von ihm oft gesehenen und als Zerfallsproducte aufgefassten „Kugeln", sowie einige Farbreactionen derselben. Gomperz.

Digitized by Google

Beiträge zur operativen Casuistik der bei Tuberculose und Morbillen auftretenden Warzenfortsatzerkrankungen. Von Dr. Rud. Haug. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIII, XIV.)

Im ersten Falle traten bei einer phthisischen, hysterisch veranlagten 42jähr. Patientin, deren milchig getrübte Trommelfelle keine Entzündungserscheinungen darboten, stechende und bohrende Schmerzen im rechten Warzenfortsatz auf, daneben intensive Neuralgie des Supra- und Infra-Orbitalis, wogegen sich jede Medication erfolglos erwies, bis sich Haug nach neun Wochen entschloss, das Antrum aufzumeisseln. Die erbsengrosse Höhlung desselben war von einer bräunlichrothen pulpösen Masse erfüllt, die sich als exquisit tuberculöses Granulationsgewebe erwies. Dauernde Heilung. Zwei Wochen vor der Aufmeisselung hatte H. eine erbsengrosse Lymphdrüse von der Oberfläche des Warzenfortsatzes exstirpirt, in der sich Riesenzellen und Tuberkelbacillen fanden, und sieht er in solchen infiltrirten Drüsen eines der frühzeitigsten Symptome primärer centraler Tuberculose des Warzenfortsatzes.

Die vier folgenden Fälle handeln von acuter Caries der Pars mastoidea im Gefolge von Morbillen und sind durch die rasche Entwicklung, sowie die weitgehenden Zerstörungen bemerkenswerth. Im ersten Fall beobachtete Haug mehrfache Durchlöcherung des Trommelfelles und acute Caries des Warzenfortsatzes, im zweiten beiderseits acute Otitis media mit acutem subperiostalen Abscess und acuter Caries, im dritten einseitige acute Otitis media vor Ausbruch des Exanthems, acutes Empyem des linken Warzentheiles mit epiduralem Abscess und Caries von Hammer und Amboss, im vierten acutes primäres Empyem und Caries des Warzenfortsatzes mit secundärer Paukenentzündung, die erst 11 Tage später auftrat. Sämmtliche Fälle wurden geheilt.

Gelegentlich dieser Mittheilungen empfiehlt H. seine Dauercanülen zur möglichst langen Offenhaltung des Trepanationscanals. Dieselben sind aus Hartgummi in drei Stärken gefertigt und haben die Form eines gewöhnlichen Ohrtrichters von $1^3/_4$ — $2^1/_4$ Ctm. Länge mit leicht umgekrämptem Rande und mit einer leichten Krümmung am inneren Ende. Zum Einführen kann ein passender Leitungsstab benutzt werden.

Gomperz.

Druck und Drucksteigerung im Labyrinth. Von Stabsarzt Dr. Ostmann. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIV, II.)

Die vorliegende Arbeit wendet sich gegen die Auffassung über die Druckverhältnisse im inneren Ohre und das Verhalten des häutigen Labyrinthes bei Drucksteigerung, die Steinbrügge bekannt gegeben hat und welcher sich Katz und Gomperz angeschlossen haben.

Auf Grund physikalischer Experimente an Apparaten, an denen die Verhältnisse des peri- und endolymphatischen Raumes theils zu einander, theils zur Paukenhöhle und Schädelhöhle in schematischer Weise nachgebildet wurden, kommt der Autor zu folgenden Ergebnissen:

1) Stände die Endolymphe unter einem höheren Druck, als die Perilymphe, so würde dieser Ueberdruck durch elastische Spannung der Wandungen des häutigen Labyrinthes getragen werden müssen. Diese würde für die Schallübertragung auf das Corti'sche Organ in hohem Maasse unzweckmässig sein.

Digitized by Google

2) Es ist anzunehmen, dass Peri- und Endolymphe unter gleichem Drucke stehen, welcher etwas geringer, als der intracranielle ist.

3) Die durch Athmung und Puls bedingten Druckschwankungen des Liquor cerebrospinalis übertragen sich nicht auf das Labyrinth.

4) Das eventuelle Ausströmen der Peri- wie Endolymphe bei Drucksteigerung im Labyrinth durch allzu ausgiebige Schallschwingungen findet gleichzeitig statt.

5) Die Schutzvorrichtungen des Labyrinthes verhindern eine Depression der Membrana vestibularis und eine dadurch bedingte Verletzung des Corti'schen Organes bei intracranieller Drucksteigerung.

6) Der Ausfall gerade der hohen Töne bei Verletzung des nervösen Endapparates des Acusticus durch allzu ausgiebige Schallschwingungen lässt sich durch eine verlängerte und verstärkte Druckwirkung der Endolymphe auf die in der ersten Schneckenwindung gelegenen Gebilde und Nervenfasern des Corti'schen Organes erklären. Gomperz.

b) Rhinologische:

Cystentumor des Naseneinganges. (Tumeur cystique du vestibule du nez.) Von Dr. John Dunn. (New-York med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Viel seltener als die des Nasenrachenraumes. Einschneiden, Auspinseln mit Jodtinctur, Tamponade mit Watte brachten Heilung. Die Tamponade muss gewöhnlich einen Monat lang fortgesetzt werden.

Dr. P. K.

Zerstörung eines grossen cavernösen Tumors der Nasenscheidewand mittelst Electrolyse. (Destruction par l'électrolyse d'une volumineuse tumeur caverneuse de la cloison.) Von Dr. Strazza. (Revue internation. de rhinologie et Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Eine 64jährige Frau besitzt seit ihrer Kindheit den betreffenden Tumor, der sich durch häufiges Nasenbluten bemerkbar machte. Wegen grosser Schwäche und der Neigung zu den Blutungen griff Verf. zur unipolaren Electrolyse. Vier Sitzungen von je 10 Minuten mit mässiger Intensität brachten nach 6 Wochen Heilung. Verf. meint, dass die Electrolyse besonders bei Bluttumoren der Nase angewandt werden soll, da andere Behandlungsweisen gefährliche Blutungen hervorbringen können. Dagegen ist die Electrolyse viel zu langwierig, wenn es sich um solide Tumoren handelt. Dr. P. K.

Kirschkern in der Nase. (Noyau de cerise dans le nez.) Von Dr. G. Keyper. (New-York med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Ein 35jähriger Mann leidet an Ohrenfluss, Taubheit und Rhinitis. Der Rhinolith musste zerstückelt und in den Nasenrachenraum gestossen werden. Ein Kirschkern bildete den Mittelpunkt des Nasensteines. Das Einführen des Nasensteines musste auf die früheste Kindheit zurückgeführt werden. Vollständige Heilung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Klinische Bemerkung über die Behandlung des acuten Schnupfens mittelst benzolsauren Natrons. (Note clinique sur le traitement du coryza aigu par le benzoate de soude.) Von Dr. José Aufruns. (Rivista di laringol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Zufällig versuchte Verf. Zerstäubungen mittelst benzolsauren Natrons und erreichte Heilung in 24 Stunden. Bei weiteren Fällen bewährte sich das Mittel ebenfalls, während Pulverisationen mit einfachem Wasser nur eine vorübergehende Wirkung hatten. Dr. P. K.

Migräne nasalen Ursprunges. (Migraines d'origine nasale.) Von Dr. Snow. (New-York med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. erzählt eine ganze Reihe von Migräne-, Schwindel-, Kopfschmerz-, Augenschmerzfällen, welche durch Aufheben des Druckes oder des Contactes im Innern der Nase geheilt wurden. Dr. P. K.

Ueber Reflexe nasalen, pharyngealen und laryngealen Ursprunges. (Sur les reflexes d'origine nasale, pharyngée et laryngée.) Von Dr. Roquez Casadesus. (Rivista di laringol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die Nasenmucosa hat nicht allein die Eigenschaft, Reflexe in den entferntesten Organen hervorzurufen; 2) die Pharynx- und Larynxmucosa können gerade dieselben Reflexe hervorrufen; 3) diese Reflexe können in ihrer Intensität von einem Minimum bis zu einem Maximum im Nervensystem sich bewegen; 4) der Mechanismus besteht einfach in centripetaler Richtung des Reizes bis zu den Nervencentren; 5) die pathologisch-anatomischen Veränderungen in der betreffenden Mucosa stellen eine fortdauernde Ursache der Nervenreizung dar; 6) man fragt sich, ob man diese Zonen, von denen dieser fortwährende Reiz ausgeht, als hysterogene bezeichnen darf; 7) wenn ja, ob dann diese hysterogenen Zonen, statt ein Symptom, nicht die Ursache der Hysterie sein können, besonders wenn ihre Zerstörung die Anfälle aufhören lässt; 8) die Rhinologie und die Laryngologie können dazu beitragen, die Pathogenese der Hysterie zu erklären. Dr. P. K.

Glycosurie durch Nasenverstopfung hervorgebracht. (Glycosurie par obstruction nasale.) Von Dr. Bayer. Medical Record, April 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Glycosurie mit anderen trophischen Störungen verschwanden nach Heben des Respirationshindernisses in der Nase. Die Glycosurie erklärt sich einerseits durch die verminderte Sauerstoffzufuhr, andererseits und besonders durch Circulationsstörung asphyctischer Art und Bulbärstörungen. Dr. P. K.

Acute Entzündung der Highmorshöhle nach Influenza. (Inflammation aigue de l'antre d'Highmore à la suite d'Influenza.) Von Dr. Felix Semon. (Brit. med. Journal 1894, pag 237, und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. erlitt drei Influenza-Anfälle, während des letzten Anfalles reiste er von London nach Berlin, wo sich plötzlich eines Tages in einigen

Digitized by Google

Stunden Zeit eine acute Entzündung der linken Highmorshöhle entwickelte: Schmerz, Spannung, Schwellung, grosse Sensibilität der Wange am Os zygomaticum. Husten und Schnäuzen schmerzhaft, während einer ähnlichen Anstrengung entleerte sich plötzlich linkerseits $^1/_2$ Unze dünnflüssigen Eiters; es traten noch zwei solche Ausleerungen in den nächsten 24 Stunden ein. Zwei Tage später die letzte Ausleerung und Heilung. Bei der Durchleuchtung des Gesichtes konnte Prof. Fraenckel nur ein Dunkelbleiben der linken Pupille feststellen. Verf. hatte schon nach einem früheren Influenza-Anfall eine acute Caries eines vorher gesunden Augenzahnes erhalten. Dr. P. K.

Acute Entzündung der Highmorshöhle nach Influenza. (Inflammation aigue de l'antre d'Highmore à la suite d'Influenza.) Von Dr. C. Monham. (Brit. med. Journal 1894, pag. 408, und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. bekam nach einem zweiten Influenza-Anfall Schwellung und Schmerz der linken Wange; am andern Tage entleerte sich beim Schnäuzen eine grosse Menge dicken, dunkelgelben Eiters; den ganzen Tag durch entleerte sich eine solche immer dünnflüssiger sich darstellende Flüssigkeit, namentlich beim Bücken des Kopfes. Dr. P. K.

Die Anwendung des Nosophens in der rhinologischen und otologischen Praxis. Von Stabsarzt a. D. Dr. Th. Koll in Aachen. (Berliner klinische Wochenschrift 1895, No. 29.)

Das Nosophen (Tetrajodphenolphtalein), welches sich durch Geruchlosigkeit, Löslichkeit in alcalischen Säften, sowie energische antiseptische Kraft bei vollständiger Ungiftigkeit auszeichnet, erwies sich in der rhinologischen Praxis bei allen blutigen Eingriffen mit gleicher Sicherheit geeignet wie das Jodoform, das gerade in der Nase, abgesehen von der toxischen Wirkung, wegen seines Geruches am wenigsten vertragen wird. Nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum war in über 100 mit Nosophen behandelten Fällen die Heilung stets eine gänzlich reizlose und rasche. Das Nosophen und die 5- bis 10procentige Nosophenvaselinsalbe soll überraschend schnelle Heilung bei Ulcerationen und Erosionen am Septum und am Naseneingang herbeigeführt haben.

In der otiatrischen Praxis bediente sich der Autor des feingesiebten Nosophenpulvers in Fällen von acuter oder chronischer Mittelohreiterung zur Einstäubung, nachdem er vorher zur Ausspülung des Ohres eine 0,2—0,5procentige Lösung des Nosophen-Natronsalzes des Antinosins zur Anwendung brachte; auch hierbei erzielte er sehr befriedigende Ergebnisse. Das Pulver soll jedoch in geringer Menge unter genauer Controle des Spiegels eingeblasen werden. Bei Krankheitsprocessen des äusseren Gehörganges bewährte sich das Pulver oder die 10procentige Nosophengaze gleichfalls als zweckmässig. Dr. Alt.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Misshandlung der Stimme. (La malménage vocal.) Von Dr. Castex. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 13, 1894.)

Ein gut geführtes Pferd macht lange Strapazen, während es unter den Händen eines schlechten Kutschers sich bald übermüdet. Der Vergleich passt recht gut auf den Larynx. Das Sprechen scheint den Larynx mehr zu ermüden als das Singen; deshalb findet man die meisten ermüdeten Stimmen bei Lehrern und Lehrerinnen; Sänger ermüden viel leichter, wenn sie sprechen, als wenn sie singen; besonders ermüden die Redner sich, wenn sie vom Medium abweichen; das laute Vorlesen ist am meisten ermüdend. Schwache Articulation ermüdet mehr als deutliche Articulation. Prediger, welche mehr auf den tiefen Inhalt ihrer Rede als auf das Pathos sehen, ermüden viel leichter als Dramatiker, welche hauptsächlich Gewicht auf die Form legen. Ein Redner darf nicht die ganze Intensität seiner Stimme gebrauchen, er muss noch etwas davon „in seiner Brust behalten", wie die Künstler sich ausdrücken. Die Acustik spielt ebenfalls eine grosse Rolle bei der Ermüdung der Stimme; im Allgemeinen kann man sagen, dass die griechische Architectur mit ihren geraden Linien und rechten Winkeln viel schädlicher als die romanische und gothische mit ihren Gewölben ist.

Beim Singen sind zwei Hauptregeln zu beobachten: Man muss die hohen Töne nicht wollen in der Bruststimme singen, sondern man thut besser, gleich in's Falsett überzugehen; diese Grenze ist natürlich bei verschiedenen Sängern auch verschieden. Zweitens soll man beim Singen hoher Töne der hellen Klangfarbe entsagen, um in dunklere Klangfarbe überzugehen. Eine fernere Hauptregel besteht darin, dass die Stimme gehörig „unterstützt" ist; dies geschieht am besten durch die über dem Larynx gelegenen Resonatoren, namentlich durch den Pharynx; auf diese Weise bildet sich auch die Klangfarbe am besten aus und der Larynx wird geschont. Ferner ist die Diagnose der Stimme Seitens des Gesanglehrers von der grössten Wichtigkeit: Der Larynx soll nur die Stimme singen, für welche er geschaffen ist. Methodisches Athmen schont die Stimme. Die Luftverschwendung ist ein Fehler bei vielen Sängern: es geht dabei Exspirationsluft durch den Larynx am Anfang oder zu Ende eines sich bildenden Tones, ohne dass ein Ton dabei herauskommt; dieser Fehler, den die Franzosen „Coulage" nennen, ist unvermeidlich, wenn Sängerknötchen an den Stimmbandrändern aufsitzen. Die Rhinopharyngolaryngitis sicca und atrophicans ist ein Haupthinderniss für eine gute Stimme; bei acuter Rhinitis oder Pharyngitis soll der Künstler sich absolut ruhig verhalten und nicht durch eine suggestionirende Arznei dennoch zu singen versuchen. Frauen sollen nicht während der Menstruation singen. Die weniger berühmten Sänger der Provinz verderben ihre Stimme viel leichter, weil sie die Hauptregeln der Hygiene der Stimme nicht beobachten können; der wahre Künstler der Grossstadt geht ganz vorsichtig mit seiner Stimme um: es ist bekannt, dass Rubini den grössten Theil der ihm zugedachten Partition geschwenzt hat (was die Franzosen und er selbst „brosser" nannten), um bei den Sensationsscenen die volle Kraft und Schönheit seiner Stimme zur Geltung zu bringen. Die neueren Compositionen zerstören die Stimme bald. Die

Digitized by Google

Acustik spielt eine grosse Rolle: Im Allgemeinen nimmt man an, dass die oblongen, wenig ornamentirten und keine tiefen Logen besitzenden italienischen Theater die besten sind.

Zu den acuten Folgen einer Ueberbürdung des Larynx muss man die Ermüdung, die Larynxangst („trac" der Franzosen) und den Larynxkrampf rechnen, welche drei Symptome eine Steigerung der krankhaften Symptome bilden. Zu den chronischen Folgen rechnet man die bekannten Fehler: Schwirren (chevrotement) der Stimme; die Unmöglichkeit, eine halbe Stimme zu singen; die Roulade (roulette), eine Art Schwirren, Zittern, welches gewöhnlich auf denselben Ton fällt; der Verlust der hohen Töne; der Verlust der Homogenität im Medium. Diese Fehler sind nicht immer dieselben bei Frauen und Männern. Immer lassen sich diese Fehler durch einen pathologisch-anatomischen Befund erklären.

Die Behandlung soll meistens präventiver Natur sein: Frühzeitig singen, lange bevor die Pubertät eintritt; nicht singen während der Pubertätsentwicklung, nach derselben tüchtig einüben, täglich singen (nulla dies sine cantu), nicht mehr als eine Stunde täglich mit viertelstündigen Pausen; man muss festhalten, dass die normal angelegte Stimme nur 12 Töne im Medium hat, zu welchen man je 2 Töne nach oben und nach unten hinzufügen kann; geht man darüber und darunter, so ist es gefährlich. Die curative Behandlung besteht in absoluter Ruhe, Electricität, Massage (namentlich an der Vorderseite des Halses wegen der Gegenwart des Musculus cricothyroideus), directer Larynxbehandlung, gewissen Mineralbädern, wie Mont Dore, Canteret, Luchon, Challes, La Bourboule. Dr. P. K.

Ein Fall von gut modulationsfähiger Stimme ohne jegliche künstliche Vorrichtung bei einem Patienten, dem der Kehlkopf und der erste Trachealring entfernt werden musste und der ohne Canüle athmet. Von Dr. J. Solis Cohen in Philadelphia. (Arch. f. Laryngologie etc., Bd. I, Heft 3, pag. 276, 1894.)

Einem Manne wurde im Krankenhause des Jefferson Medical College der Kehlkopf und der erste Trachealring wegen eines nach aussen durchgewachsenen Adenocarcinoms exstirpirt; nur die Epiglottis blieb erhalten, weil sie von der Geschwulst nicht befallen war. Das gespaltene Ende der Trachea wurde sorgfältig an die äussere Hautwunde angeheftet, so zwar, dass das Lumen der Trachea nach vorn und aussen, anstatt nach aufwärts gerichtet war. Der Kranke gewann nach ca. einem Jahre die Sprache wieder; seine Stimme ist zwar heiser, doch modulationsfähig und auf 40 Fuss vernehmbar, ohne jede künstliche Vorrichtung und trotzdem seine Lungen vom Pharynx ganz und gar abgeschlossen sind. Diese improvisirt er gewissermaassen, wenn er spricht, indem er die Haut seines Halses zu einem Sack aufbläht, in denselben Luft hineinpresst und diese dann wieder stossweise entweichen lässt, wobei er die einander genäherten Mm. constrictores pharynges in Schwingungen versetzt. Auf solche Weise werden die mechanischen Erfordernisse der Stimmbildung einerseits durch contractile Sprachrohre, andererseits durch ein contractiles Luftreservoir wiederhergestellt, dessen Inhalt willkürlich entleert werden kann, um die Ränder in Schwingungen zu versetzen. Die so erzeugte Stimme bricht sich dann an den gewöhnlichen Factoren der Articulation,

Digitized by Google

an der Zunge, den Lippen und den Zähnen. Abgesehen von der Möglichkeit, durch die angegebene Operationsmethode die Aussicht auf event. Wiederherstellung der Stimme ohne Anwendung eines künstlichen Apparates zu eröffnen, ist sie auch darum von hohem Werthe, weil dadurch der Patient vor der hauptsächlichsten Gefahr einer directen septischen Pneumonie bewahrt wird. Beschorner.

Ein Fall von Gumma des Kehlkopfes. Von Dr. E. W. Tschlenow. (Medicinskoje Obosrenje No. 7, 1895.)

Verf. bespricht zunächst die bekannten Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnose von Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfes und geht dann zur Beschreibung eines Falles über, den er in Wien an der Poliklinik Prof. Chiari's beobachtete. Es handelte sich um einen 29jähr. Luetiker, der an der Spitze des linken Aryknorpels eine kleinnussgrosse, nicht ulcerirte Geschwulst zeigte. Aus der Anamnese war anzunehmen, dass die Geschwulst schon seit 4 Jahren bestehe. Die Diagnose war durch das Bestehen eines ulcerirten Gumma's an der hinteren Pharynxwand erleichtert. Heilung auf Mercurialeinreibungen.

Gorodecki.

Syphilitische Entzündung des Cricoarytenoidalgelenkes. (Arthrite cricoaryténoidienne syphilitique.) Von Dr. Rueda. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 2, 1894.)

Ein Fall von „primärer" syphilitischer Entzündung des genannten Gelenkes, welche Krankheit als möglich angenommen, aber noch nicht durch ein Beispiel erhärtet wurde. Heilung durch antisyphilitische Behandlung. Dr. P. K.

Klinische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare. (Valeur séméiologique du ganglion susclaviculaire.) Von Dr. Girode, Dr. Troisier und Dr. Mathieu. (Société médicale des hopitaux, séance du 22 Mars 1895 und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Schwellen der Supraclaviculardrüsen bei einem Duodenumkrebs; dieselbe Schwellung bei einem Uteruskrebs. Dr. P. K.

Tuberculöser Abscess des Corp. thyreoideum. (Abscès tuberculeux du corps thyreoide.) Von Dr. Schwartz. (Archives internationales de laryngolog. etc., Bd. VII, No. 6, Novbr./Decbr. 1894.)

Bei einem nach keiner Richtung hin erblich belasteten 30jährigen Manne bildete sich, im Verlaufe von 6 Wochen, eine schmerzhafte Anschwellung des Corp. thyreoideum rechterseits unter allmähligem Hinzutritt erheblicher Heiserkeit und Verengerung der rechten Pupille. — Die erstere erwies sich als Folge von Lähmung des rechten Stimmbandes, hervorgerufen durch Druck der Geschwulst auf den N. recurrens, die letztere veranlasst durch Compression des N. sympathic. Da die Geschwulst deutliche Fluctuation zeigte, wurde nach vorhergegangener Probepunction incidirt und 60—70 Grm. eines gelblichen, körnigen Eiters entleert. Die Inoculationsversuche am Meerschweinchen stellten es ausser Zweifel, dass es sich um einen tuberculösen Herd handelte. Pat. wurde nach 14 Tagen geheilt entlassen. Beschorner.

Digitized by Google

Larynxtuberculose, Caries und Durchbrechung der Cartilago thyroidea. Tuberculöser extralaryngealer Abscess, subcutanes Emphysem. (Observation de tuberculose laryngée, carie et perforation du cartilage thyroide. Abcès tuberculeux extralaryngien, emphysème cutané.) Von Dr. Vergniaud. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 22, 1894.)

Ein 42jähriger Marinesoldat hat Lungen-, Larynx- und Darmtuberculose; die extralaryngealen Zerstörungen standen in keinem Verhältniss zu den geringen intralaryngealen. Das Schmelzen eines tuberculösen Herdes in der Cartilago thyroidea fand zuerst an der äusseren Fläche und dann erst an der inneren statt; daher der erstere Abscess vor dem Durchbruch und der Fistelbildung. Dr. P. K.

Desinfection der tuberculösen Sputa mittelst Holzessig. (De la désinfection des crachats tuberculeux au moyen du vinaigre de bois.) Von Dr. J. Goriansky. (Semaine médicale No. 4, 1895.)

Sublimat und Carbolsäure sind wirkungslos. Gemäss im Alexanderspital in St. Petersburg angestellten Versuchen wirkt der aus Guajacolen, Cresolen und Essigsäure zusammengesetzte, nicht übelriechende Holzessig, Acidum pyrolignosum, in gleichem Volumen wie der Auswurf, in sechs Stunden bacterientödtend; er nimmt zugleich den Sputis ihr ekelerregendes Aussehen weg. Dr. P. K.

Untersuchungen über das Vorhandensein des Tuberkelbacillus in dem Zimmerstaub von Phthisiskranken. (Recherches sur la présence du bacille tuberculeux dans la poussière des chambres de phtisiques.) Von Dr. Kirchner. (Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankheiten XIX, 1, und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Die Experimente von Kirchner sind etwas beruhigender, als die traurigen Schlüsse von Cornet seiner Zeit. Verf. hat den Staub aus allen Theilen des Zimmers eines Militärlazareths, welches nur Phthisiker enthielt, bacteriologisch untersucht; dabei ist zu bemerken, dass jeder Kranke sterilisirte Spucknäpfe hatte. Der Staub wurde mittelst sterilisirter Schwämmchen aufgehoben und es wurden Meerschweinchen damit geimpft. Von 42 Meerschweinchen wurde nur ein einziges tuberculös, und dieses war mit Staub, welcher von dem Nachttisch eines sehr kranken Phthisikers herrührte, geimpft worden. Diese Experimente beweisen also, dass die regelrechte Desinfection der Sputa hinreicht, um die Diffusion der Tuberculose zu verhindern. Das Zusammenleben mit einem Phthisiker ist also unschädlich, wenn nicht nur die Spucknäpfe, sondern auch alle den Sputis ausgesetzten Gegenstände desinficirt werden. Dr. P. K.

Primäres Carcinom der Trachea. (Carcinome primitif de la trachée-artère.) Von Dr. Oestreich. (Berl. med. Gesellschaft, 7. Januar 1895, und Semaine médicale No. 4, 1895.)

Pflaumengrosses Alveolarcarcinom der Trachea, Drüsen bis auf eine intact, rechte Lunge gangränöse pneumonische Herde, laryngoscopischer Befund negativ, inspiratorische Dyspnoe gegen die Regel, gemäss welcher selbe exspiratorisch ist. (Seltene Fälle. Ref.) Dr. P. K.

Digitized by Google

Die ersten zwei Tubagenoperationen in Lille. (Les deux premières opérations de tubage à Lille.) Von Dr. Déléarde. (Bull. médical du Nord No. 6, 1895)

Ein 4½jähriges Kind kam in jämmerlichem Zustande in's Spital; die gleich angewandte Tubage hob schnell die Dyspnoe; im Pharynx kaum ein leichter Belag zu sehen; der Löffler'sche Bacillus im Pharynxschleim nachzuweisen. 20 und später 10 Cubikcentimeter Roux'scher Flüssigkeit wurden eingespritzt. Die Dyspnoe war gehoben, doch starb das Kind an diphtheritischer Infection.

Ein 3jähriges masernkrankes Kind zeigt blos Röthung des Pharynx, aber Löffler'sche Bacillen im Pharynxschleim mit Streptococcen. Larynxdyspnoe. Tubage brachte Erleichterung des Athmens. 3 Mal wurden je 10 Cubikcentimeter Serum eingespritzt. Heilung in 17 Tagen.

Dr. P. K.

Ueber die Einwirkung des Höhenklima's auf die Zusammensetzung des Blutes. Von Dr. E. Grawitz. (Berliner klinische Wochenschrift No. 33/34, 1895.)

Für die Erklärung des günstigen Einflusses des Höhenklima's auf den Stoffwechsel beim gesunden und kranken Menschen hat die von den verschiedensten Beobachtern constatirte Thatsache eine besondere Bedeutung gewonnen, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen sich in kürzester Zeit (24 Stunden) in enormer Weise (20—25 pCt.) in Höhenlagen (schon bei 700 Mtr.) vermehre. Man glaubte diese Thatsache darauf zurückführen zu müssen, dass in Folge des verminderten Luftdruckes eine O-Abnahme im Blute auftrete und, um dieses Deficit zu decken, eine massenhafte Neubildung rother Blutkörperchen hervorgerufen würde. Gr. bestreitet die Richtigkeit dieser Annahme aus mehrfachen Gründen. Zunächst vermisst er bei der supponirten enormen Neubildung rother Blutkörperchen das Auftreten kernhaltiger rother Blutkörperchen, die sich sonst bei lebhafter Steigerung der Blutbildung stets vorfänden, ebenso die sich sonst dabei einstellende gleichzeitige Vermehrung der Leucocyten. Die als neugebildete Formen von rothen Blutkörperchen von verschiedenen Autoren gedeuteten Mikrocyten, welche das Blut zu Beginn des Aufenthalts in Höhenorten massenhaft aufweist, lässt Gr. nicht ausschliesslich als Jugendformen neugebildeter rother Blutkörperchen gelten, vielmehr träten dieselben unter den verschiedensten Bedingungen auf, die mit Neubildung rother Blutkörperchen nichts zu thun hätten. Ganz besonders aber entbehre die Frage nach dem Schicksal der vermeintlich neugebildeten Blutkörperchen jeder genügenden Beantwortung. Man hat nämlich beobachtet, dass beim Verlassen der Höhenorte die Zahl der rothen Blutkörperchen in ebenso rapider Weise abnehme; man müsse also bei obiger Voraussetzung annehmen, dass dieselben in enormer Weise aus dem Organismus wieder ausgeschieden würden; es fände sich aber niemals eine Spur von Icterus oder Hämoglobinurie, wie solche sonst beim Untergange grösserer Mengen rother Blutkörperchen regelmässig aufzutreten pflegten. Gr. hält dafür, dass es sich bei der in Rede stehenden Erscheinung lediglich um eine schnell auftretende und beim Verlassen der Höhen sich ebenso rasch wieder ausgleichende Eindickung des Blutes handle, wodurch die Blutkörperchen-

Digitized by Google

zunahme nur eine relative Vermehrung bedeute. In Folge der zunehmenden Trockenheit im Höhenklima finde nämlich eine vermehrte Wasserabgabe durch Lunge und Haut statt, während die O-Verminderung durch vermehrtes Athmen ausgeglichen werde. Es werden die Resultate von Thierversuchen als Stütze dieser Ansicht mitgetheilt.

In der Discussion über den Vortrag erhebt Professor Zuntz gegen die Gr.'sche Annahme das Bedenken, dass bei einer Zunahme der Blutkörperchen um 20 pCt. alsdann ein Wasserverlust des ganzen Körpers von 7 — 8 Kgr. sich einstellen müsste, wovon aber thatsächlich keine Rede sei. Vielleicht sei die Aenderung in der Blutkörperchenzahl darauf zurückzuführen, dass das Mischungsverhältniss von Blutkörperchen und Plasma sich, wie Beobachtungen ergeben haben, unter dem Einfluss wechselnder Contractionszustände der kleineren Arterien innerhalb ziemlich weiter Grenzen ändern kann, weil es grosse Räume im Capillargebiete giebt, die fast nur Plasma enthalten, unter anderen Umständen aber von rothen Blutkörperchen vollgepfropft sind. Keller.

Aseptisches Instrumentarium für Galvanocaustik. Von Prof. Dr. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 3, pag. 414, 1895.)

1) Aseptische Brenner. Dieselben haben statt der Zuleitungsröhren bis zum Ansatz der Platinarmatur eine vollkommen geschlossene, biegsame, metallische Umhüllung und die sonst benutzte Isolirung durch Seide oder dergl. fällt bei ihnen fort, können somit im strömenden Dampf oder in trockener Hitze desinficirt werden.

2) Operationstisch. Dieser, nur von Eisen und Glas hergestellt, enthält zwei Schubläden und auf einer festen Platte finden die für Beleuchtungszwecke und zur Galvanocaustik, sowie zum Betriebe eines Motors nothwendigen Accumulatoren bequem Platz. Der Tisch selbst trägt die, nach allen Seiten hin drehbare Beleuchtungslampe, mit Stirnreflector oder fest mit ihr verbundenem Reflector benutzbar, sowie einen festen eisernen, verstellbaren Halter, so dass ein Motor beliebig an der linken oder rechten Seite des Tisches seinen Platz finden kann. Zur Verwendung der Galvanocaustik sind besondere Accumulator-Zellen vorgesehen, von denen aus der Strom zu den galvanocaustischen Handgriffen geleitet wird. Für Stromregulirung — und Unterbrechung, sowie für Bremsvorrichtung bei Benutzung des Motors zu Operations- und Massage-Zwecken ist in vollkommenster Weise Sorge getragen.

Beschorner.

Regeln bei Anwendung des Cocain. (Règles pour l'administration de la cocaine.) Von Dr. Magitot. (Annuaire thérapeutique No. 35, 1893, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Die Dosis muss im Verhältniss der zu anästhesirenden Fläche stehen; man soll nie über 5—10 Centigramm einspritzen. Die Einspritzung soll nicht hypodermisch, sondern intradermisch sein. Der Kranke soll liegen, man soll ihn nur nach totaler Anästhesie aufheben. Man soll immer reines Cocain zur Hand haben, bei grösseren Dosen verschiedene distanzirte Einspritzungen machen. Die Contraindicationen sind die gewöhnlichen: Herzfehler, Lungen- und Nervenleiden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Zur Insufflation von Pulvern in den Kehlkopf. Von Dr. von Jaruntowski in Görbersdorf. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, H. 3, p. 391, 1894.)

Der angegebene, aus Hartgummi hergestellte Pulverbläser unterscheidet sich von den bereits bekannten, namentlich dem von **M. Schmidt** angegebenen, vornehmlich dadurch, dass die als treibende Kraft benutzte, durch Doppelgebläse comprimirte Luft nicht durch Oeffnen eines Verschlusshahnes, sondern durch Nachlass des Fingerdruckes auf den Schlauch frei wird. Einfachheit, geringe Kostspieligkeit, compendiöse Form, Möglichkeit sicherer Führung und der Anwendung stärkeren oder schwächeren Luftstromes stellen die Hauptvorzüge des Instrumentes dar.

Beschorner.

Nachruf an Moos.

Von

H. Steinbrügge in Giessen.

Am 15. Juli d. J. endete nach längerem Leiden die Laufbahn des in Heidelberg als Vertreter der Ohrenheilkunde wirkenden Hofraths Prof. Dr. Salomon Moos. Da der Verfasser dieser Zeilen mit dem Verstorbenen seit der Studienzeit durch freundschaftliche Bande, und später durch erneute gemeinsame Arbeit eng verbunden war, so möge es ihm gestattet sein, dem leider zu früh verstorbenen Freunde auch in dieser Zeitschrift ein Erinnerungsblatt zu stiften.

Moos ist am 15. Juli 1831 zu Randegg im badischen Lande geboren, erhielt seine erste Ausbildung in der Bürgerschule zu Müllheim, besuchte dann das Lyceum in Karlsruhe und bezog im Herbst 1851 die Universität Heidelberg. Nach Absolvirung einiger Semester daselbst zog es ihn nach Prag und nach Wien, und die Erinnerung an die dortige Studienzeit, insbesondere an die damals in jenen Städten lehrenden Coryphäen der medicinischen Wissenschaft, ist ihm zeitlebens ein Lieblingsthema geblieben, bei welchem er gern verweilte. Im Herbst 1854 erhielt Moos die Stelle eines Assistenten an der inneren Klinik zu Heidelberg, welche damals unter der Leitung des durch seine Förderung der pathologisch-anatomischen Disciplin, sowie durch sein Lehrbuch der Nervenkrankheiten bekannt gewordenen Klinikers C. E. Hasse stand. Da Verf. zu gleicher Zeit die Stellung eines Assistenten an der Hasse'schen Klinik bekleidete, so haften viele freundliche Erinnerungen an jene Zeit jugendlichen Zusammenlebens und -Wirkens. Leider wurde die Wirksamkeit unseres Freundes für einige Zeit dadurch unterbrochen, dass derselbe in Folge einer Typhus-Epidemie, welche dem Hospitale zahlreiche Kranke zuführte, von der gleichen Krankheit ergriffen wurde und mit einer langsamen Reconvalescenz zu kämpfen hatte. In das Jahr 1855 fällt die Lösung und Prämiirung einer von der Heidelberger medicinischen Facultät gestellten Preis-Aufgabe „Ueber den Harnstoff- und Kochsalzgehalt

Digitized by Google

des Urins in verschiedenen Krankheiten, insbesondere im Typhus und im Intestinalcatarrh", welche Arbeit dann auch der im Jahre 1856 erschienenen, die Erlangung der Doctorwürde bedingenden Inaugural-Dissertation zu Grunde gelegt wurde.

In demselben Jahre liess Moos sich als practischer Arzt in Heidelberg nieder, doch genügte seinem strebsamen Geiste die Thätigkeit des Practikers nicht. Schon im Jahre 1859 sehen wir ihn als Docenten für innere Medicin an der Heidelberger Universität habilitirt. Die damalige Habilitationsschrift handelte über „Untersuchungen und Beobachtungen über den Einfluss der Pfortaderentzündung auf die Bildung der Galle und des Zuckers in der Leber". Es wurden Anfangs Vorlesungen über gerichtliche Medicin und über Geisteskrankheiten gehalten, aber schon damals entwickelte sich bei unserem Freunde ein lebhaftes Interesse für das specielle Studium der Ohrerkrankungen, welches später zur ausschliesslichen Lebensaufgabe desselben werden sollte. So kam es, dass Moos bereits im Jahre 1862 Vorlesungen über Ohrenheilkunde hielt und gleichfalls in den 60er Jahren zum Zwecke des Unterrichts eine ambulatorische Klinik für Gehörleidende am Sonntag, sowie einmal in der Woche, in seiner eigenen Wohnung abhielt. Später wurde ihm ein kleines Zimmer in dem alten klinischen Hospital für diese Zwecke eingeräumt. Erst im Jahre 1876 erhielt Moos zugleich mit der Fachprofessur für Ohrenheilkunde die Mittel zur Errichtung eines otiatrischen Institutes bewilligt, welches freilich nur in den gemietheten Räumen eines Privathauses untergebracht werden konnte, wo dasselbe bis zum heutigen Tage geblieben ist.

Schon im Jahre 1866 war Moos zum ausserordentlichen Professor der Medicin ernannt worden. In das Jahr 1869 fällt das Erscheinen des ersten Bandes des mit H. Knapp gemeinschaftlich begründeten Archivs für Augen- und Ohrenheilkunde. Bekanntlich erscheinen die Arbeiten aus den beiden Fächern seit dem Jahre 1879 getrennt, und zwar der ohrenärztliche Theil unter dem Titel „Zeitschrift für Ohrenheilkunde". Im Jahre 1894 erlebte der Begründer demnach noch die Freude, den 25. Band derselben, gewissermaassen als Jubiläumsband, herausgegeben zu sehen. Wie wenig günstig die Kritik dem Unternehmen Anfangs entgegenkam, geht aus dem Vorwort zu diesem Bande hervor.

Im Kriegsjahre 1870/71 sehen wir Moos als Lazareth-Arzt fungiren. Leider folgte dieser Thätigkeit eine ruhrartige Erkrankung, und zugleich zeigten sich die ersten Spuren eines Mittelohr-Leidens, welches im weiteren Verlaufe zu bleibenden Gehörstörungen führte. Trotz alledem setzte er seine academische und practische Thätigkeit mit gewohnter Pflichttreue fort. Das Jahr 1889 brachte ihm noch die Ernennung zum Hofrath, und zwei Jahre später folgte die Beförderung zum Prof. honorarius.

Im Frühling dieses Jahres erkrankte Moos an einem phthisi-

Digitized by Google

schen Lungenleiden, zu welchem der Grund wahrscheinlich durch eine früher überstandene schwere Influenza, vielleicht auch durch diabetische Störungen gelegt worden war. Trotz der aufopferndsten Pflege seiner Gattin und den Bemühungen seines ärztlichen Freundes Mittermaier endete das Dasein des Dulders sanft und ruhig am Abend seines diesjährigen Geburtstages, dem ersten Tage seines 65. Lebensjahres.

Ueberblicken wir den Lebensgang des Entschlafenen, so dürfen wir mit dem Psalmisten sagen, sein Leben sei köstlich gewesen, voll Mühe und Arbeit. Wir dürfen aber auch hinzufügen, es sei gesegnet gewesen durch eine Befriedigung schaffende Wirksamkeit und durch zahlreiche Erfolge, wenngleich auch ihm, wie jedem Sterblichen, schwere Schicksale und harte Kämpfe nicht erspart geblieben sind. Was Moos insbesondere auszeichnete, war seine grosse Pflichttreue, sein Schaffensdrang, seine unermüdliche Thätigkeit. An strenge Selbstzucht gewöhnt, galt ihm von Jugend auf die Arbeit, das Lernen mehr als ein behaglicher Lebensgenuss. Er verstand es, die Minuten auszukaufen. Wenn es sich um eine zu vollendende Arbeit handelte, so wurde jeder freie Augenblick verwerthet, um dieselbe zu fördern. Und trotzdem fand er immer noch Zeit, auch die literarischen Erzeugnisse auf anderen Gebieten kennen zu lernen und sich dadurch eine vielseitige Ausbildung zu sichern.

Die selbstständige Stellung, welche Moos in der otiatrischen Wissenschaft sowohl wie in der Ausübung practischer Thätigkeit errungen hatte, war begreiflicher Weise nicht ohne Kämpfe und Gegnerschaft zu erreichen gewesen, und die Spuren dieser Kämpfe vermochte der Jugendgenosse dem reifen Manne wohl anzumerken. Konnte Moos aber nach Aussen ernst und strenge erscheinen, so besass er doch im Grunde ein weiches und warmfühlendes Herz, welches mit rührender Zärtlichkeit an den Seinen hing, und den Freunden durch's Leben hindurch Treue bewahrte. Im engeren Kreise erwachte dann auch stets sein liebenswürdiger Humor, welcher das Zusammenleben mit ihm zu einem so gemüthlichen gestaltete, und dessen sich mancher College gewiss mit Vergnügen erinnern wird.

Es ist kaum nöthig, den Fachgenossen in's Gedächtniss zu rufen, was Moos für die Otiatrie gearbeitet und geleistet hat. Vor Allem war es die pathologische Anatomie des Gehörorgans, zu deren Erforschung der Verstorbene eine besondere Befähigung besass, welche demselben daher wesentliche Fortschritte verdankt. Die Arbeiten auf diesem Gebiete sind ausserordentlich zahlreich. Es ist bekannt, dass Moos die feinere microscopische Untersuchnng der pathologischen Veränderungen des inneren Ohres in reichem Maasse gefördert hat, theils durch Einführung der Waldeyer-Gottstein'schen Entkalkungs-Methode, theils durch seine Studien über die bacteriellen Labyrintherkrankungen. Sein Schaffenstrieb

Digitized by Google

liess ihn überall, auch in scheinbar werthlosen Präparaten, neue Gesichtspunkte für irgend eine Untersuchung entdecken.

Doch auch in practischer Beziehung vermochte sein scharfer Blick Nützliches zu finden; ich erinnere nur an die Anregung, welche zuerst von ihm in Bezug auf die Hörprüfungen der Eisenbahn-Bediensteten ausging, und welche damals mit Recht ausserordentliches Aufsehen in den betreffenden Kreisen erregte. Trotz mancher Widersprüche von anderer Seite, hat sich die Einsicht von der Nothwendigkeit periodischer Gehörprüfungen des bei den Eisenbahnen angestellten Personals vielseitig Bahn gebrochen, und ist die Sicherung des reisenden Publikums gegen Unfälle durch jene Publicationen ohne Zweifel gefördert worden.

Eine grosse Schaar von Schülern verdankt dem Geschiedenen die Einführung in das Gebiet der Ohrenheilkunde, was um so mehr in's Gewicht fällt, als bei dem medicinischen Examen bis zum heutigen Tage die genannte Disciplin nicht unter die Prüfungs-Gegenstände aufgenommen worden ist.

Werfen wir noch einen Blick auf die Vereinsthätigkeit des Verblichenen, so werden wir ihm auch in dieser Beziehung rühmend nachsagen müssen, dass er bis in die letzte Zeit hinein den Zusammenkünften der otiatrischen Sectionen auf speciellen und allgemeinen Congressen, trotz zeitweiliger körperlicher Indisposition, meistentheils persönlich beiwohnte, und durch anregende Mittheilungen auch nach dieser Richtung hin wesentlich zur Förderung wissenschaftlicher Bestrebungen beigetragen hat. Auch in den Zusammenkünften der Heidelberger medicinischen Gesellschaft, in den Versammlungen der südwestdeutschen Neurologen, trug Moos durch mancherlei Vorträge zur Belebung der Sitzungen bei. Es ist bekannt, dass derselbe seit der Gründung der Deutschen otologischen Gesellschaft als Mitglied ihres Ausschusses wirksam war.

In dieser vielseitigen Thätigkeit sehen wir unsern Freund ausharren bis zu seiner letzten Erkrankung, aus welcher ihn keine Genesung mehr erlösen sollte. Aber diese anstrengende Wirksamkeit wurde ihm verklärt und verschönert durch die wirkliche Liebe zu seiner Kunst und Wissenschaft, durch die Freude auch an bescheidenen Erfolgen, durch eine weise Genügsamkeit, welche überall das Gute herauszufinden und zu schätzen wusste, auch da, wo unserem ärztlichen Können unüberwindliche Schranken gesetzt sind. Von dem nie ruhenden Fleisse des Verstorbenen zeugt auch noch das hinterlassene Fragment einer unvollendet gebliebenen grösseren Arbeit, welche zum Theil schon in die durch körperliche Leiden getrübte letzte Lebensperiode fällt.

Ein Leben reich an Schaffen hat mit unserem Freunde geendet. Sein Name wird in der Geschichte der Ohrenheilkunde für immer einen ehrenvollen Klang behalten, welcher um so heller klingt, als Moos der noch jungen Disciplin zur Anerkennung auch von

Digitized by Google

aussen her verholfen hat. Bewahren wir ihm ein treues und dankbares Erinnern!

Die überaus zahlreichen Aufsätze, welche aus Moos' Feder stammen, sind grösstentheils im Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde, sowie in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde enthalten. Diese mit Hilfe der Inhaltsverzeichnisse daselbst leicht auffindbaren Arbeiten sind wohl in den Händen der meisten unserer Fachgenossen; eine Aufzählung derselben würde daher überflüssig erscheinen, den Raum dieses Blattes aber über die Gebühr in Anspruch nehmen. Im Folgenden beschränken wir uns daher auf eine Wiedergabe der Titel derjenigen Aufsätze, welche in anderen Zeitschriften oder separat erschienen, zum Theil also weniger leicht erreichbar sind. Man kann auch aus den früheren Schriften ersehen, wie vielseitig Moos geforscht und gearbeitet hat:

Untersuchungen über die zuckerbildende Function der Leber, insbesondere über deren Verhalten zum Nervensystem. Arch. f. wissenschaftl. Heilkunde Bd. IV, 1.

Ueber plötzlich entstandene Taubheit. Wiener med. Wochenschr. 1863, No. 42.

Beitrag zur Casuistik der embolischen Gefässkrankheiten. Virchow's Arch. Bd. 41.

Die Krankheiten des Gehörorgans etc. von Joseph Toynbee. Uebersetzt und mit Zusätzen versehen. Würzburg 1863 bei J. M. Richter.

Ueber die Wirkung des künstlichen Trommelfells. Archiv für Ohrenheilk. Bd. I, pag. 119.

Die Statistik der Taubstummen in Irland im Jahre 1861. Ibid. pag. 184.

Klinik der Ohrenkrankheiten. Wien 1866 bei W. Braumüller.

Zwei Fälle von Hyperostose des Felsenbeins mit Ankylose des Steigbügels. Archiv f. Ohrenheilk. Bd. II, pag. 190.

Scheinbare Gehirnzufälle bei eitriger Otitis. Beitrag zur klinischen Bedeutung des intraauriculären Druckes. Ibidem pag. 197.

Ueber den Zusammenhang zwischen Krankheiten des Gehörorganes und solchen des Nervus trigeminus. Virchow's Archiv Bd. 68, 1870.

Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie und Physiologie der Eustachischen Röhre. Wiesbaden 1874 bei C. W. Kreidel.

Ein Fall von Anbohrung des in Folge von Entzündung knöchern verschlossenen äusseren Gehörganges. Virchow's Archiv Bd. 73, 1878.

Ueber das Vorkommen und die Bedeutung phosphorsaurer Kalkconcremente im Stamme des Gehörnerven. Archiv für Psychiatrie Bd. 9, Heft 1.

Ueber pathologische Befunde im Ohrlabyrinth bei secundär

Digitized by Google

Syphilitischen und die durch dieselben bedingten Gehörstörungen. Virchow's Arch. Bd. 69, 1879.
Ueber Meningitis cerebro-spinalis epidemica. Heidelberg 1881 bei C. Winter.
Ein Fall von partieller Labyrinthaffection nach Mumps. Berl. klin. Wochenschrift 1884, No. 3.
Zur Genese der Hörstörungen bei Hirntumoren. Diagnostischer Werth von Stimmgabelversuchen. (Baseler Congress 1884.) Berl. klin. Wochenschrift 1884, No. 45.
Zur bacteriellen Diagnostik und Prognostik der Mittelohreiterungen. Deutsche med. Wochenschrift 1888, No. 44.
Ueber die Beziehungen der Microorganismen zu den Mittelohrerkrankungen und deren Complicationen. Ibid. 1891, No. 11 und 12.
Ueber einige durch Bacterien-Einwanderung bedingte Veränderungen im menschlichen Gehörorgan, insbesondere im Labyrinth. Virchow's Archiv Bd. 124, 1891.
Allgemeine Aetiologie und Beziehungen der Allgemeinerkrankungen zu Krankheiten des Gehörorgans. Schwartze's Handbuch der Ohrenheilkunde 1892, Bd. I, pag. 472.

Dr. Wilhelm Meyer-Denkmal.

Die Oesterreichische otologische, sowie die Wiener laryngologische Gesellschaft haben beschlossen, für das „Wilhelm Meyer-Denkmal" Sammlungen einzuleiten. Die Obmänner dieser Gesellschaften erlassen folgenden Aufruf:

Einladung

zur Subscription für das in Kopenhagen zu errichtende Dr. Wilhelm Meyer-Standbild.

Dr. Hans Wilhelm Meyer, welcher zuerst auf das Vorkommen der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum und deren Bedeutung für das Hörorgan und die Stimme aufmerksam machte, gleichzeitig aber auch die Operationsmethode angab, um dieselben dauernd zu beseitigen, ist dadurch ein wahrer Wohlthäter der Menschheit geworden. Tausenden wurde seit dem Bekanntwerden seiner Entdeckung das Hörvermögen gerettet und die todte Sprache, das Näseln, beseitigt; gar Viele vor langem Siechthum bewahrt. In dankbarer Erinnerung dieses unvergänglichen Verdienstes haben sich hervorragende Aerzte Englands, an deren Spitze Dr. Felix Semon, zu einem Comité vereinigt, welches sich die Aufgabe stellte, Wilhelm Meyer in Kopenhagen, dem Orte seiner stattgehabten ärztlichen Wirksamkeit, ein Standbild zu errichten. Ihre Königl. Hoheit die Frau Herzogin von Wales übernahm das Protectorat, und nunmehr haben sich fast in allen Culturstaaten der Welt Zweig-Comité's gebildet, welche hauptsächlich durch Sammeln von Geldbeiträgen die Angelegenheit fördern wollen. Auf Einladung des Central-Comité's

Digitized by Google

haben sich auch in Wien sowohl die Oesterreichische otologische Gesellschaft als auch die Wiener laryngologische Gesellschaft der Sache angenommen und wir lassen im Namen derselben die Bitte ergehen, diesen schönen Zweck zu fördern. Die Unterfertigten werden die ihnen zukommenden Beiträge quittiren und dieselben mit dem genauen Verzeichniss der Spender dem Central-Comité übermitteln.

Wien, im November 1895.

Prof. Dr. Jos. Gruber,
I. Freiung 7.

Prof. Dr. Carl Stoerk,
IX. Ferstlgasse 3.

Notiz.

Dr. Ostmann, bisher Privatdocent in Königsberg, wurde zum ausserordentlichen Professor in Marburg an Stelle des nach Breslau berufenen Prof. Barth ernannt.

Berichtigungen.

Seite 389, Zeile 30 von oben, soll es statt „bone frontale" heissen „bosse frontale",
Seite 390, Zeile 24 von oben, statt klinischen: „Rinne'schen",
Seite 390, Zeile 9 von unten, statt „kein Schwindel": „Schwindel",
Seite 390, Zeile 7 von unten, statt „laesa": „laeso",
Seite 398, Zeile 12 von unten, muss es heissen: bringen keine „einseitige" Bewegung hervor.

INHALT.

I. Originalien: Alt: Versuch zur Bestimmung eines Schallleitungshindernisses. — Przedborski: Linksseitige Kehlkopflähmung (Hemiplegia laryngis sin.) im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit von unbestimmter Natur. — Bergeat: Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre (Fortsetzung). — Oesterreichische otologische Gesellschaft. — II. Kritiken: Störk: Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. — III. Referate: a) Otologische: Stetter: Polypöse Wucherungen im äusseren Gehörgang, bedingt durch ein Sarcom der Schädelbasis. — Urbantschitsch: Ueber den Einfluss schwacher Schalleinwirkungen auf die acustische Empfindungsschwelle. — Langenbuch: Unterbindung der Vena jugularis wegen Otitis pyaemica. — Niemak: Zur Histologie der Ohrpolypen. — Haug: Beiträge zur operativen Casuistik der bei Tuberculose und Morbillen auftretenden Warzenfortsatzerkrankungen. — Ostmann: Druck und Drucksteigerung im Labyrinth. — b) Rhinologische: Dunn: Cystentumor des Naseneinganges. — Strazza: Zerstörung eines grossen cavernösen Tumors der Nasenscheidewand mittelst Electrolyse. — Keyper: Kirschkern in der Nase. Aufruns: Klinische Bemerkung über die Behandlung des acuten Schnupfens mittelst benzolsauren Natrons. — Snow: Migräne nasalen Ursprunges. — Casadesus: Ueber Reflexe nasalen, pharyngealen und laryngealen Ursprunges. — Bayer: Glycosurie durch Nasenverstopfung hervorgebracht. — Semon: Acute Entzündung der Highmorshöhle nach Influenza. — Monham: Acute Entzündung der Highmorshöhle nach Influenza. — Koll: Die Anwendung des Nosophens in der rhinologischen und otologischen Praxis. — c) Pharyngo-laryngologische: Castex: Ueber Misshandlung der Stimme. — Cohen: Ein Fall von gut modulationsfähiger Stimme ohne jegliche künstliche Vorrichtung bei einem Patienten, dem der Kehlkopf und der erste Trachealring entfernt werden musste und der ohne Canüle athmet. — Tschlenow: Ein Fall von Gumma des Kehlkopfes. — Rueda: Syphilitische Entzündung des Cricoarytenoidalgelenkes. — Girode. Troisier, Mathieu: Klinische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare. — Schwartz: Tuberculöser Abscess des Corp. thyreoideum. — Vergniaud: Larynxtuberculose, Caries und Durchbrechung der Cartilago thyroidea. — Goriansky: Desinfection der tuberculösen Sputa mittelst Holzessig. — Kirchner: Untersuchungen über das Vorhandensein des Tuberkelbacillus in dem Zimmerstaub von Phthisiskranken. — Oestreich: Primäres Carcinom der Trachea. — Déléarde: Die ersten zwei Tubagenoperationen in Lille. — Grawitz: Ueber die Einwirkung des Höhenklima's auf die Zusammensetzung des Blutes. — Fränkel: Aseptisches Instrumentarium für Galvanocaustik. — Magitot: Regeln bei Anwendung des Cocain. — v. Jaruntowski: Zur Insufflation von Pulvern in den Kehlkopf. — Steinbrügge: Nachruf an Moos. — Dr. Wilhelm Meyer-Denkmal. — Notiz. — Berichtigungen.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz)
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Escherner (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E. **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Stark** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald) Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig),

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIX. **Berlin, December 1895.** **No. 12.**

I. Originalien.

Ueber eine abnorme Höhle im Felsentheile des Schläfebeins.

Von

Prof. Dr. **Jos. Gruber.**

Diejenigen, welche sich etwas eingehender mit dem Studium der Anatomie des Schläfebeines befasst haben, wissen aus Erfahrung, dass die lufthaltigen Räume, wie wir sie gewöhnt sind, im Warzenfortsatze zu sehen, sich nicht immer auf diesen allein beschränken, sondern dass dieselben sich oft weit über den Warzentheil hinaus nach verschiedenen Richtungen ausbreiten. Man trifft solche Räume gar nicht selten im Hinterhauptbeine, wo sie sogar in der Pars condyloidea vorkommen, man findet sie nicht blos im horizontalen Schuppentheile des Schläfebeins, sondern stösst auch zuweilen auf solche in jenem Theile des Scheitelbeines, welcher an den hinteren Abschnitt des Schläfebeines grenzt; ja sogar in der knöchernen Decksubstanz des Felsentheiles sieht man zuweilen kleinere Räume, denen man die Bedeutung der im Warzentheile vorkommenden zuerkennen muss.

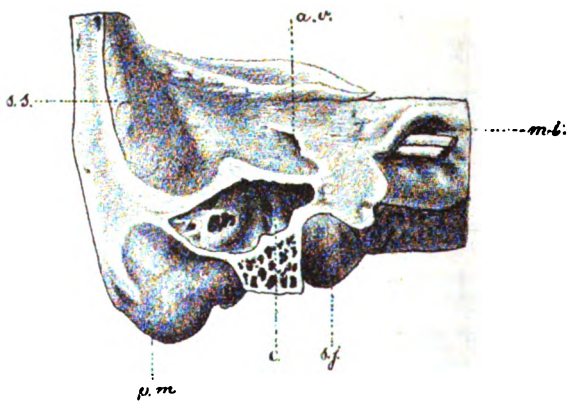
Zu den grössten Seltenheiten aber gehört gewiss der Befund, den

Digitized by Google

ich an einem Präparate meiner Sammlung zeigen kann und den ich hier wegen seiner hohen pathologischen Bedeutung schildern möchte [1]):

Das Schläfebein ist der Leiche eines an Tuberculose verstorbenen 42jährigen Mannes entnommen. Ich habe den Mann während des Lebens nicht gesehen, kann also auch über die Erscheinungen von Seite seiner Hörorgane nichts weiter berichten.

Nach dem Befunde an der Leiche dürfte er wenigstens in der letzten Zeit seines Lebens auf dem betreffenden Ohre weniger gut gehört haben, denn die Tuba Eust. war in Folge hochgradiger Schwellung der Schleimhaut sehr verengt, das Trommelfell stark eingezogen, durch ein älteres, gelb gefärbtes Infiltrat, welches fast die ganze Membran einnimmt (nur der dem Umbo entsprechende Theil ist davon frei), stark verdickt. In der Trommelhöhle fand sich kein freies Exsudat vor; die Schleimhaut erscheint sowohl an den Wandungen der Trommelhöhle, als auch soweit sie als Ueberzug der Gehörknöchelchen oder als Auskleidung der Warzenzellen dient, vollkommen normal.



Der Warzentheil des Schläfebeins zeigt die lufthaltigen Zellen sehr reich entwickelt und auch der horizontale Schuppentheil ist mit solchen versehen. An der medialen Seite des Warzentheiles ist der Sulcus sigmoideus *ss* sehr schwach entwickelt; besonders seicht erscheint er vor seinem Uebergange in das Foramen jugulare. Der obere Abschnitt des Sulcus ist an einer kleinen Stelle lateral ausgeweitet, während der untere entgegengesetzt durch medial vorspringende Knochensubstanz fast ganz verstrichen erscheint. Dieses letztere, recht auffällige Verhalten bestimmte mich, den Felsentheil, welcher sonst an allen Theilen eine ausserordentliche Härte zeigt, näher zu untersuchen. Ich führte mit einer feinen Säge hinter dem Warzenfortsatze *pm*, und zwar knapp an ihm,

[1]) Ich selbst habe bei der geradezu enormen Anzahl von Schläfebeinen, die ich unter den Händen hatte, einen solchen Befund früher nie gemacht und Herr Prof. Zuckerkandl, der sich, wie allgemein bekannt, sehr viel mit der Anatomie des Schläfebeins befasste und dem ich das Präparat zeigte, gab gleichfalls an, nie eine derartige Abnormität gesehen zu haben.

Digitized by Google

einen Schnitt, welcher parallel mit der Längsaxe der Pyramide läuft. Der Sulcus sigmoideus wurde so an der Stelle, wo sein mittleres Drittel mit dem unteren zusammenstösst, durchtrennt und der hinterste Abschnitt des Sulcus jugularis vom Schnitte getroffen.

Hierdurch wurde nun am Felsentheile des Schläfebeines eine Höhle *c* eröffnet, welche ganz das Aussehen der Warzenzellen hat und mit diesen auch durch mehrere kleine Lücken communicirt. Die Höhle misst in ihrem längsten Durchmesser, von der Basis der Pyramide gegen die Spitze hin, nahezu 2 Ctm.; in ihrem Höhendurchmesser hat sie 1,5 Ctm. und ebensoviel beträgt der Tiefendurchmesser, welcher die laterale Seite der Höhle mit der medialen verbindet. Gegen die Schädelhöhle hin ist diese Höhle überall von unversehrter Knochenwand abgeschlossen. An ihrer Innenfläche zeigt sie leistenartig vorspringende, jedoch niedere Erhabenheiten, die aber nirgends den Binnenraum auffallend verengen.

Was ihr Verhalten zu den anderen Theilen des Felsentheiles anlangt, reicht sie vorne über das untere Ende der Ritze für den Aquaeductus vestibuli *a v* hinaus; vom inneren Gehörgang *mi* ist ihr vorderes Ende durch eine ausserordentlich dünne Knochenlamelle getrennt und eine ebenso dünne Knochensubstanz scheidet sie sowohl von der Trommelhöhle, als auch vom Sulcus jugularis *s j*.

Es ist den Fachmännern hinreichend bekannt, welche grosse Bedeutung den pneumatischen Räumen im Warzenfortsatze und den ihm benachbarten Knochentheilen zukommt; namentlich, wie leicht die Entzündungskeime in sie eindringen und zu den gefährlichsten Complicationen Veranlassung geben.

Wie oft werden wir bei der künstlichen Eröffnung des Proc. mast. von derartigen abnormen Vorkommnissen überrascht, die an und für sich die Operation mühsamer, eingreifender und gefährlicher machen, und dass Entzündungen, welche sich in solche accessorische Räume hinein fortgesetzt haben, in ihrem neuen Standorte oft viel weniger der Kunst zugängig sind, deshalb auch sehr langwierig und oft ungleich gefährlicher sind als solche, welche im Warzenfortsatze sitzen, weiss jeder halbwegs erfahrene Ohrenarzt.

Dass der oben beschriebenen Höhle diese Bedeutung in exquisitem Maasse zukommen muss, leuchtet wohl ein. In der nächsten Nachbarschaft dieser Höhle findet sich der Sinus sigmoideus *s* und der Bulbus venae jugularis *j*, zwei venöse Gebilde, in denen ja am allerhäufigsten in Folge der eitrigen Entzündung im Schläfebeine Sinitis und Thrombosen entstehen; lateralwärts befindet sich die Trommelhöhle, welche am häufigsten von eitriger Entzündung befallen ist und von der sich eine solche Entzündung direct auf die Auskleidungsmembran einer solchen Höhle fortsetzen kann. Die Höhle selbst ist von der Schädelhöhle beziehungsweise der hinteren Schädelgrube auf grosse Ausdehnung blos durch eine sehr dünne Knochenwand geschieden, was doch gewiss die Gefahr einer intracraniellen Folgekrankheit im Vergleiche zu dem normalen Verhältniss, wo die dicke Felsensubstanz das Hirn und seine Häute von einem etwa vorhandenen Entzündungsherde im Schläfebeine trennt, ungleich näher rückt.

Schon der Umstand, dass eine solche Höhle von aussen fast gar nicht zugängig sein kann, dass andererseits die spontane Entleerung

Digitized by Google

eines in einem derartigen Raume angesammelten Entzündungsproductes kaum anders denkbar ist, als dass sich zu dem vorhandenen Leiden noch ein zweites, nicht minder oder noch mehr gefährliches hinzugesellen muss, erhöht die Bedeutung dieser Abnormität, welche mir der Beschreibung werth schien.

Bemerkung zu dem Referate des Herrn Gomperz in No. IX, den Jahresbericht der Ohrenklinik zu Halle von 1890/91 betreffend.

Herr Gomperz bringt im September 1895, also nach vier Jahren, ein Referat über den von mir veröffentlichten und im December 1891 ausgegebenen Jahresbericht der Ohrenklinik zu Halle von 1890/91 und darin folgenden Abschnitt:

„12 Mal gelang es nicht, den Amboss mit zu extrahiren. Trotzdem heilten auch von diesen 12 Fällen 6, was Panse auffallend findet; als Curiosum erwähnt Panse, dass in einem Falle, wo die Hammerambossexcision misslang, trotzdem eine jahrelang bestehende stinkende Eiterung aufhörte."

Referent kann diese Ereignisse weder auffallend noch curios finden, da sich eben eine Anzahl derartiger Fälle ohne Operation heilen lässt.

Herr Gomperz scheint nicht verstanden zu haben, was mir auffallend erschienen ist, dass nämlich trotz eines in der Paukenhöhle liegenden Fremdkörpers — denn als solcher ist ein aus allen Verbindungen gelöster, dislocirter Hammer oder Amboss zu betrachten — die Eiterung heilt. Dass nun gar Hammer und Amboss nicht extrahirt werden konnten, also zwei Fremdkörper in der Pauke blieben, und die Eiterung trotzdem heilte, war für uns jedenfalls ein Curiosum.

Dr. Rudolf Panse, Dresden.

Erwiderung auf die vorstehende Bemerkung des Herrn Dr. Rudolf Panse.

Die angezogenen Stellen meines Referates beziehen sich auf pag. 42 der Arbeit Panse's im Archiv f. Ohrenhlkde, Bd. 33.

Herr Dr. Panse kann sich auf keinen Satz seiner Arbeit berufen, der seiner „Bemerkung" zur Stütze dienen könnte; mit ihr in Zusammenhang lassen sich überhaupt nur folgende Sätze bringen:

„12 Mal gelang es nicht, den Amboss zu extrahiren" und weiter unten: „Wie wir uns die Ausheilung der Fälle bei zurückgebliebenem Amboss zu erklären haben, ob der Knochen resorbirt, oder wie ein aseptischer Fremdkörper eingekapselt wird, ist noch nicht zu sagen." Ferner: „Als Curiosum sei erwähnt, dass in einem Falle, wo wegen ungünstiger Verhältnisse die Extraction des cariösen Hammers und Ambosses misslang, trotzdem eine jahrelang bestehende stinkende Eiterung aufhörte.

Digitized by Google

Man muss annehmen, dass hier der Nutzen der Operation nur in der Freilegung der complicirten Räume des Atticus bestand, die so der Einwirkung der Spülflüssigkeiten und der Antiseptica zugänglich gemacht wurden."

Davon, dass dabei der Amboss oder Hammer aus allen Verbindungen gelöst und dislocirt und so zum Fremdkörper gemacht wurde, ist in Panse's Arbeit Nichts gesagt. Herr Panse war daher nicht zu dem Vorwurfe berechtigt, ich scheine nicht verstanden zu haben, was ihm auffallend erschienen ist.

Docent Dr. Gomperz.

Die Behandlung des phonischen Stimmritzenkrampfes.

Von

Dr. **Georg Jonquière**, Privatdocent in Bern.

Im Jahre 1883[1]), 1884[1]) und 1890[1]) hatte ich Gelegenheit gehabt, insgesammt drei Fälle von Aphonia spastica zu veröffentlichen, bei welchen gegenüber den bis dahin üblichen, wenig wirksamen Behandlungsweisen ein ausserordentlich rascher und dauernder Heilerfolg mittelst energischer Compression der Ovarialgegend combinirt mit Athmungs- und Vocalisationsübungen, eingetreten war. Diese einfache Behandlungsmethode ist meines Wissens bis jetzt nie mit Erfolg nachgeahmt worden, und erwähnt wurde sie, abgesehen von Referaten, bis jetzt nur zwei Mal, ein Mal durch P. Koch[2]) (Luxemburg) und in neuester Zeit von Treupel[3]) (Freiburg i. B.), von Ersterem mit Angabe zweimaligen Misserfolges, von Letzterem ohne Angabe eines Versuchs.

Bestätigt worden ist die Wirkung von ärztlicher Seite mittelst Versuchs von einem Berner Collegen an meinem ersten recidivirten Fall (l. c. 1884) und mittelst Beobachtung von dem ärztlichen Bezirksverein in Bern, welchem ich in der ersten Januarsitzung 1883 den Versuch an der ersten Patientin mit sofortigem Erfolg vorgezeigt hatte. Da mir seit meiner letzten Publication wieder zwei ausgeprägte Fälle von Aphonia spastica begegnet sind, welche mittelst derselben Methode durch eine einzige Sitzung seit drei und einem Jahre ohne eigentliches Recidiv gebessert und geheilt geblieben sind, so glaube ich derartigen Patienten immer noch einen guten Dienst zu leisten, wenn ich meine Therapie nicht in Vergessenheit gerathen lasse, obschon Treupel in seiner oben citirten verdienstvollen Arbeit angiebt, mit einer noch reinern Form der

---

[1]) Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte No. 7, 1883. — Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. No. 7, 1884 und No. 6, 1890.

[2]) Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. par Gouguenheim (Paris 1888).

[3]) Die Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bei Hysterischen. Jena, G. Fischer. 1895.

Digitized by Google

psychischen Behandlung nach O. Rosenbach in einem Falle ganz raschen und dauernden Erfolg gehabt zu haben.

Der erste der beiden neuen Fälle, ein Fräulein von 35 J., Lehrerin, glich in ihrem psychischen Verhalten genau der zuletzt aufgeführten Patientin Treupel's, bei welchem die psychische Behandlung ohne Erfolg geblieben war. Die schmächtige Dame kam April 1891 in meine Behandlung. Sie sprach mit gepresstem und oft stockendem Flüstern und gab an, schon seit sechs Jahren sehr stimmschwach, aber erst seit drei Wochen ganz aphon zu sein. Daneben litt sie viel an Kreuzschmerzen und Menstruationsbeschwerden und war schon längere Zeit in gynäcologischer Behandlung gewesen.

Der Kehlkopf zeigt während der Athmung normale Stellung der Stimmbänder. Im Moment der Phonation dagegen werden die membranösen Theile der Stimmbänder fest aneinander gepresst, so dass sie an freier Schwingung verhindert sind und nur leise gepresste Flüstersprache hervorbringen. Der cartilaginöse Theil der Stimmbänder ist nur im vordersten Abschnitt sichtbar und weicht daselbst nicht auseinander. Strengt sich die Patientin zur Phonation stärker an, so springen auch die Taschenbänder vor und schliessen dicht zusammen, so dass man von den Stimmbändern nichts mehr erblickt. Das Bild war also typisch für Aphonia spastica und der Fall wich nur durch die langsame Entstehung von den gewöhnlichen Fällen dieser Art ab.

Die Behandlung wurde, theils wegen der Sensibilität und der störrischen Art der Patientin, theils auch experimenti causa, mittelst äusserlicher Faradisation in zwei Sitzungen eingeleitet, daneben musste die Lehrerin Athmungsübungen und damit verbundenes Lautlesen ausführen. Als hiermit kein Erfolg zu bemerken war, wurde in zwei Sitzungen die intralaryngeale Faradisation angewendet und die Lesegymnastik fortgesetzt. Erst nach achttägiger erfolgloser Behandlung kam der Ovarialdruck zur Anwendung. In der Voraussetzung, dass diese Manipulation bei der altjüngferlich zugespitzten Patientin keine leichte sein dürfte, bestimmte ich den Abend zu deren Vornahme, und zwar in ihrer eigenen Behausung bei ihren Eltern. Ich hatte richtig vorausgesetzt. Schon bei dem ersten sanften Versuche mit Beibehaltung der innersten Bedeckung stellte sich eine hochgradige Empfindlichkeit der Ovarialgegend heraus. Als ich den Druck ganz allmählig steigerte, bäumte sich die Kranke mit unerwarteter Kraft unter meinen Händen, wurde blauroth im Gesicht und seufzte, ja stöhnte. Während des Druckes wurde sie angeleitet, mit „langen sanften hauchenden Exspirationen" die Vocale zum Tönen zu bringen, wie ich es in meinen früheren Fällen (l. c.) gemacht hatte, aber eine ganze Stunde ohne Erfolg. Erst $^1/_2$ Stunde später begannen die einzelnen Vocale zuerst leise, dann allmählig deutlicher zu tönen und am Ende der zweiten Stunde sprach das Fräulein Alles mit lauter, wenn auch nicht kräftiger Stimme nach. Dieselbe blieb in den nächstfolgenden Tagen, wo ich Pat. noch sah, in gleicher Weise erhalten. März 1892 vernahm ich — also 11 Monate später — durch mündliche Mittheilung derselben, dass die Stimme bis dahin, mit Ausnahme einer halbtägigen Unterbrechung, gleich geblieben und zum Lehramt brauchbar gewesen sei. Laut schriftlichem Bericht vom Juli 1895 war Pat. seit März 1892 „noch oft heiser", jedoch ist die Stimme „wiedergekommen", oft „nur

Digitized by Google

langsam"; „gegenwärtig kann ich in der Schule ordentlich sprechen, nur das Singen habe ich schwer". Stattgehabte Unterbrechung der Schule wegen Stimmverlust giebt sie in ihrem Brief nirgends an, jedoch hat sie sonst oft Influenza und nervöse Schwächezustände, auch Anginen etc. durchgemacht. Die gynäcologische Diagnose lautete auf Retroflexio uteri. 1892 war sie auf der gynäcologischen Klinik castrirt worden. Einen anhaltenden Spasmus phonicus hat sie seit der Behandlung mittelst systematischen Ovarialdruckes nicht mehr bekommen.

Die Behandlung dieses Falles wurde so umständlich mitgetheilt, um zu zeigen, wie hartnäckig man seine Patienten in der Hand behalten muss und wie wenig man die Hoffnung nach einem zweistündigen Misslingen aufgeben darf. Auf diesen Punkt werde ich aber erst dann näher eingehen, nachdem ich die folgende fünfte und letzte meiner spastischen Aphonien mitgetheilt habe und zur Besprechung sämmtlicher fünf Fälle gekommen sein werde.

Der letzte einschlägige Fall war eine Frau von 34 Jahren, welche niemals schwere Krankheiten durchgemacht, noch jemals an merkbarer Nervosität gelitten hatte. Sie kam am 2. September 1894 in meine Behandlung, und zwar in meiner kurärztlichen Sommerstation, den Schwefelbädern an der Lenk im Obersimmenthal, wo sie sich auf Geheiss ihres Hausarztes als Patientin mit chronischem Kehlkopfcatarrh vorstellte. Sie war vor 6 Wochen plötzlich ohne sichtliche Ursache um ihre Stimme gekommen und seither stimmlos geblieben. Sie hatte die characteristische gepresste Stimme und gab auch bei den reflectorischen Kehlkopfacten, wie Husten, Lachen etc., keinen Laut von sich. Das Gefühl von Würgen war bei den Sprechversuchen sehr ausgesprochen. Der Kehlkopf zeigte das gewöhnliche Bild. Die Stimmbänder waren bei der Phonation eng zusammengepresst und liessen nur die knorplige Stimmritze offen. Die Schleimhäute zeigten sich leicht injicirt. Das Aussehen der Frau, sowie ihr Allgemeinbefinden war gut und trotz der Geburt von fünf Kindern sah sie für ihr Alter eher zu jung aus.

Für die ersten zwei Tage wurden der Patientin wegen der ermüdenden Reise Ruhe, ferner Athmungsübungen, sowie warmes Schwefelbad und Inhalationen der Schwefelquelle (24 Ccm. H^2 5 auf 1 Ltr.) verordnet, ohne jeglichen Erfolg. Erst am dritten Tage wandte ich Abends den Ovarialdruck an, und zwar links. Derselbe war viel empfindlicher, als rechts. Nach $^5/_4$ Stunden bekamen zum ersten Mal die bei tiefen Respirationen ausgehauchten Vocale etwas Klang, und als Pat. einige Worte ohne Mithilfe des Druckes laut, wenn auch mit Mühe, aussprechen konnte, verliess ich sie mit der bestimmten Zusicherung, dass sie morgen früh wieder ganz ohne Hinderniss werde laut sprechen können, wie früher. Dem war auch so. Am andern Tage war der Ton der Stimme kräftig, das Würgegefühl verschwunden und blieb die folgenden neun Tage, bis die Frau abreiste, vollkommen gut Laut neulich eingezogenem brieflichen Bericht hatte sie „seit dem Herbste 1894 ihre Stimme nie wieder verloren" und „konnte die Frau B. gar keine Aenderung in der Sprache aufweisen".

In der folgenden Besprechung meiner neuen und der früheren Beobachtungen über Aphonia spastica soll das therapeutische Moment hauptsächlich und fast einzig besprochen werden. Die Krankheit ist jetzt

Digitized by Google

wohl allgemein anerkannter Maassen als eine Coordinationsstörung der phonischen Stimmbandfunction auf hysterischer Basis zu definiren. Des Näheren sind diejenigen Fälle zu unterscheiden, in welchen nur die dem Willen unterstellte phonetische Thätigkeit gestört ist, von denjenigen, wo auch die reflectorischen Stimmfunctionen, wie Husten, unwillkürliches Lachen, Schreien, tonlos verlaufen. Diese Unterschiede sind auch bei der paretischen Form der hysterischen Aphonie gang und gebe. Bei den einen würde man sich die Hemmung in den corticalen Centren allein, bei den anderen zugleich auch im bulbären Gebiet vorstellen.

Bevor die therapeutische Betrachtung zur Sprache kommen wird, soll noch eine nicht unwichtige Frage erörtert werden, in welcher Verf. mit maassgebenden Autoren nicht einig ist. Sie betrifft die Ansicht, dass die Aphonia spastica wesentlich oder in der Regel eine Beschäftigungsneurose sei, eine Ansicht, welche die frühesten Schriftsteller über die Krankheit, wie M. Mackenzie und Schech, seither u. A. P. Koch (l. c.), Ersterer mit einem Belege von 11 Fällen (1868—1882), ausgesprochen haben.

Es kommt natürlich auch hier wie bei allen Meinungsverschiedenheiten zunächst auf die Definition der Begriffe an, hier desjenigen der Beschäftigungsneurose. Es kann nun das Wort Beschäftigung eine Berufsbeschäftigung bedeuten, wie denn auch die Franzosen „nevrose de vocation" oder „de métier" sagen. Man kann aber auch darunter das verstehen, was das deutsche Wort eigentlich allein besagt, gelegentliches oder habituelles, aber ungezwungenes Arbeiten in irgend einer Sache. Aus dem einen entstände eine Berufsneurose, aus dem anderen eine blos functionelle Neurose, welch' letzterer Begriff der weitere, den ersteren einschliessende ist. Die beiden Arten von Neurosen sind durch ein psychisches Moment wesentlich verschieden, d. h. die Berufsneurose von der blossen Beschäftigungsneurose durch den von aussen kommenden Zwang, welcher den Menschen zwingt, das Organ anzustrengen, auch wenn er sich und das Organ ermüdet fühlt. Dieses psychische Moment muss ceteris paribus die Berufsneurose vertiefen gegenüber einer blos durch äusserlich freiwillige Ueberanstrengung entstandenen functionellen Neurose, und deshalb vielleicht haben die eigentlichen Berufsneurösen eine so schlechte Prognosis; bezüglich des Stimmorgans scheint mir aus der Literatur auch die eigentliche berufliche Form der spastischen Aphonie eine viel schlechtere Aussicht auf Heilung zu bieten. Denn ein älterer Autor, Morel Mackenzie (Diseases of throat, London 1880) und ein neuerer, P. Koch (Le spasme phonique de la glotte, Annales de Laryngologie etc., de Gougenheim, Paris 1888), welche hauptsächlich aus Berufsthätigkeit entstandene Fälle zu behandeln hatten, erklären die Aphonia spastica für unheilbar. M. M. zählt zehn Pfarrherren und einen Advokaten auf, welche gänzlich ungeheilt blieben. Dieser imposanten Zahl gegenüber stehen aber die viel zahlreicheren Fälle, namentlich weiblichen, mitunter auch männlichen Geschlechts, wo keine Spur beruflicher Veranlassung aufzuweisen ist. Zu diesen gehören vorwiegend Dienstmädchen, Kellnerinnen, verheirathete Frauen, auch bisweilen Soldaten, Handwerker, welche in anderer Weise als mit vielem Reden geplagte Leute sind. Bei diesen tritt es nun meistens klar zu Tage, dass das Uebel auf einer anderen Basis als der Berufsthätigkeit fusst,

Digitized by Google

und zwar der Hysterie, welche auch bei Männern nicht ganz selten ist. Das Analogon haben wir bei der viel häufigeren paretischen Form der hysterischen Aphonie, deren hysterische Natur allgemein anerkannt ist. Gelegenheits-Ursachen, Anlässe, wie Schreck, anhaltende Beängstigungen, können auch die spastische Form befördern, namentlich bei niedrig gestellten Personen. Hierher gehören wahrscheinlich die meisten Fälle aus der Klinik von Jurasz, von Treupel erörtert (l. c.) und in eminentem Maasse meine eigenen fünf Fälle. Treupel sucht auch bei einem jungen Soldaten, der durch eine Cocainpinselung stets rasch, aber nur vorübergehend geheilt wurde, die Hysterie als wahrscheinliche Ursache des Uebels zu erklären. Zwar geräth man leicht in den Fehler, Hysterie etwas zu schnell anzunehmen, ebenso wie Nervosität, da, wo die organische Erklärung im Stiche lässt. Auf organischer Grundlage, hysterische Disposition vorausgesetzt, suchte ich bei einigen Patientinnen mit weichen hyperplastischen Strumen (l. c.) die Symptome ihres Glottiskrampfes durch Druck desselben auf den Recurrens zu erklären, indem diese während anstrengender Sprachversuche anschwoll.

Manchmal sichert da, wo nicht zahlreiche Stigmata der Hysterie bei der Patientin oder deren Familie nachzuweisen sind, die Art der erfolgreichen Behandlung die Diagnose auf Hysterie. Die Behandlung der Aphonia spastica ward, wie wir gesehen haben, bis vor nicht langer Zeit als ein fruchtloses Unternehmen angesehen, und in halbem Sinne nicht mit Unrecht. Aber eine Verallgemeinerung dieser negativen Anschauung könnte in der Aerztewelt einen Irrthum festgründen, welcher practisch in gleicher Weise schädlich wirken müsste, wie die eben bekämpfte Ansicht, dass die Aphonia spastica in der Regel eine Berufsneurose sei. Durch diese beiden Anschauungen wird die Prognose der Mehrzahl der Fälle von Aphonia spastica von vornherein fälschlich so getrübt, dass für viele Patienten daraus Schaden erwachsen könnte. Die irrige Anschauung von der Unheilbarkeit der Aphonia spastica muss daher ernstlich bekämpft werden, was auch der einzige Zweck dieses Aufsatzes ist, und die Therapie muss näher besprochen werden.

Die Behandlungsmethoden der Aphonia spastica könnten in drei Categorien, in physische, in psychische und in psychophysische eingetheilt werden, nur dass bei einem Theil der einschlägigen Fälle der physische Eingriff schon psychisch wirken kann, nämlich bei den hysterischen Patienten, wodurch der Werth der Eintheilung sehr precär wird. Unter die physische Behandlungsweise wäre zu rechnen die Electricität, das Cocain, die antispasmodischen Mittel u. s. w.; als psychophysische die Compression der Ovarialgegend mit Athmungen (Verf.) und die systematischen Athmungsübungen allein; zu der rein psychischen Behandlung würde die psychiatrische Behandlung der Hysterie selbst und in zweiter Linie die Suggestion gehören. Soviel ich in der mir zugänglichen Literatur finden kann, haben die physicalischen und medicamentösen Mittel ganz selten dauernden oder auch nur vorübergehenden Erfolg zu verzeichnen.

Mit dem constanten Strom haben Schnitzler und Fritsche je eine dauernde Heilung erzielt. Ich konnte mit demselben bei meinen beiden ersten Fällen die Stimme erzeugen und dieselbe erhalten, so lange der Strom wirkte. Andere physicalische Methoden, Faradisation, Hydrotherapie bewirkten nie etwas. Von Medicamenten haben einmal Ein-

Digitized by Google

blasungen von Jodkalium mit Morphium, abwechselnd mit solchen von Plumb. acet. (Fritsche), Heilung zur Folge gehabt. Von Jurasz, Krause und Michael wurden Cocainpinselungen des Kehlkopfes je in einem Fall mit Erfolg angewandt, aber nur ein Mal gelang vollständige Herstellung. Es steht also mit den physicalischen und arzneilichen Mitteln sehr schlecht. Viel wirksamer und dem Character der Krankheit angepasster sind die neueren Methoden, welche oben als die psychophysischen bezeichnet worden sind, weil bei ihnen physische Uebungen und Eingriffe unerlässlich sind oder wenigstens den Erfolg in hohem Maasse fördern. Ueber die rein psychischen Behandlungen ohne jede physische Beeinflussung, wie die Suggestion im wachen oder im hypnotischen Zustande, habe ich weder aus eigenen, noch aus fremden Beobachtungen ein Urtheil gewinnen können. Mit der hypnotisirenden Suggestion verfehlte ich im ersten Fall (l. c.) meinen Zweck gänzlich und habe deshalb dieselbe nicht mehr consequent versucht.

Die psychophysischen, erprobten Methoden haben zwei Formen: Form I die Combination von systematischen Vocalisir- und Athmungsübungen, wohin auch die „suggestive Tonmethode" gehört; Form II die Ovarialcompression, welche von vornherein ebenfalls mit Athmungs- und Phonationsübungen verbunden war (Jonquière, l. c.). Schech, O. Rosenbach, und früher schon M. Mackenzie, haben die erstere Form für hysterische Aphonien überhaupt eingeführt und auch speciell für die spastische Aphonie empfohlen, aber mit geringem Erfolge, und nur Treupel citirt neuestens zwei Fälle, einen von Rosenbach und einen eigenen, wo eine wirkliche spastische Aphonie nach anderen vergeblichen Versuchen einfach durch methodische Athmungs- und Phonationsübungen geheilt wurde.

So ausserordentlich ich nun mit dieser höchst rationellen und einfachen Behandlungsart Form I einverstanden bin und dieselbe allen anderen vorzuziehen geneigt wäre, weil sie auch die delicateste und, was vor Allem wichtig ist, zugleich für beide Geschlechter anwendbar ist, so muss ich doch die andere, psychophysische Behandlungsform II mit dem Ovarialdruck wiederum mit Nachdruck hervorheben. Sie ist eine rasch, durchschnittlich jedenfalls viel rascher und ebenso anhaltend wirkende Methode wie Form I und dient, wenn auch nur einem, so doch dem viel häufiger von der Krankheit befallenen Geschlechte. Sie ist bis jetzt also in meinen fünf typischen Fällen von Aphonia spastica weiblicher Individuen zwischen 17 und 35 Jahren mit practisch genügendem und dauerhaftem Erfolge angewandt worden.

Etwas weniger glänzend, als bei den vier übrigen schiene derselbe allerdings bei dem hier ausführlich beschriebenen Falle der 35jährigen Lehrerin (Fall IV). — Aber diese Dame ist überhaupt höchst schwächlich und nervös, musste, wie oben gesagt worden ist, castrirt und sonst lange gynäcologisch behandelt worden und leidet auch an häufigen catarrhalischen Erkrankungen des Rachens und Kehlkopfes, ein eigentlicher phonischer Stimmritzenkrampf ist jedoch bei ihr nie wieder aufgetreten und ihre kurzen Störungen in der Stimme verloren sich seither immer von selbst. Die anderen vier Fälle gaben seit ihrer ersten Behandlung ganz erfreuliche Nachrichten. Fall I hatte drei Monate nach der Heilung ein Recidiv von Spasmus, wurde aber von einem Collegen mittelst Ovarialdruckes

Digitized by Google

sofort davon befreit und blieb später ganz frei. Ihre Nachrichten schlossen den Zeitraum von einem Jahre nach der ersten Heilung in sich. Vom zweiten Fall hatte ich nur ein halbes Jahr später die indirecte Kenntniss, dass die Stimme seit der ersten Behandlung, während welcher ich es blos zu mehrtägiger Herstellung der Stimme mittelst Ovarialdruck gebracht hatte, durch wiederholte Erneuerung dieser Behandlung von der Patientin an sich selbst allmählig immer auf längere Dauer von mehreren Wochen sich erwecken und festhalten liess. Dass später die Pat., welche im selben Landesbezirke zu Hause war, sich nie mehr bei mir zeigte, lässt es für wahrscheinlich halten, dass sich das Uebel späterhin nicht verschlimmerte, sondern noch mehr besserte. Fall III blieb nach späteren wiederholten mündlichen Mittheilungen aus den drei folgenden Jahren seit der ersten Behandlung von 1890 ohne Recidiv vollständig geheilt. Ueber den relativ gut befriedigenden Erfolg beim Fall IV, der schwächlichen Lehrerin, wurde soeben schon berichtet, und endlich Fall V blieb, wie wir oben genau mitgetheilt haben, seit dem Herbste des Jahres 1894 nach der einzigen zweistündigen Behandlung vollkommen frei von phonischem Stimmritzenkrampf. Die Heilung war in den ersten beiden Fällen nur langsam, durch mehrwöchentliche Wiederholungen der Uebungen zu Stande gekommen; im zweiten Falle in der oben beschriebenen modificirten Weise.

Die übrigen drei Patientinnen lieferten den günstigen und dauernden Erfolg sofort in der ersten Sitzung. Von den fünf mit Ovarialdruck behandelten Fällen von Aphonia spastica hysterica sind also vier vollständig und nur einer vielleicht nicht ganz vollständig geheilt worden.

Die Uebung geht auf folgende Weise vor sich: Nachdem die geballte Hand auf einer oder beiden Seiten in der Ovarialgegend sanft, aber mit Nachdruck in das Hypogastrium eingesenkt worden ist, lässt man langsame Inspirationen machen, welche von hauchenden Ausathmungen gefolgt sein müssen.

Man macht dabei den Patienten deutlich vor, wie der Hauch allmählig in einen leisen, hauchenden Ton mit dem Character eines Vocals, zuerst a, übergehen muss. Um den Ansatz der Stimme deutlicher zum Bewusstsein zu bringen, lässt man dazwischen ein weiches „ha“ hauchen. Sobald dabei der geringste Ton erscheint, was gewöhnlich nicht länger als $^1/_4$ Stunde auf sich warten lässt, um dann oft wieder auf längere Zeit ganz zu verschwinden, so geht man auf andere Vocale über, bis Pat. mit etwas Leichtigkeit „ha“, „he“, „hi“, „ho“, „hu“ mehr oder weniger laut ausspricht. Kann derselbe somit den Ansatz der Stimme einigermaassen sicher treffen, so ist er nach kurzer Zeit im Stande, Alles laut zu sprechen. Werden aber schliesslich auch nur wenige Worte ohne Abdominaldruck vernehmbar gesprochen, so kann man, wie wir bei Fall fünf — Fall zwei dieser Arbeit — gesehen haben, den Patienten mit der Versicherung sich selbst überlassen, dass er nun ganz gut laut sprechen könne und man wird ihn wahrscheinlich mit vollkommener Sprachstimme wiederfinden. Die ganze Execution ist also eine einfache Athmungs- und Phonationsübung unter anhaltendem Druck auf einen oder beide Eierstöcke, mit einiger Geduld und Energie durchgeführt. Eine schädliche oder unangenehme Wirkung des Druckes war, abgesehen von grösserer Schmerzhaftigkeit in einem Fall, welche den

Digitized by Google

Druck nicht überdauerte, nie zu bemerken. Auf den Gedanken an diese Therapie kommt man auf ganz natürliche Weise, weil die Hysterie vielfach eine ovarielle ist und äusserlicher Druck neurotische Erregungen bekanntlich häufig stillt. So bringt der Druck auf die Ovarien auch die hystero-epileptischen Anfälle mit arc de cercle und Locomotivbewegungen sofort zum Stillstand, wie es in roherer Form in den grossen hystero-epileptischen Epidemieen des St. Veit und St. Médard geschah, wo man dem Besessenen auf dem Bauch herum trommelte und tanzte. Sowie übrigens die Aufhebung der hystero-epileptischen Anfälle in jenen krampfhaft religiösen Epidemien durch äusserliche Bearbeitung des Bauches bei Weiblein und Männlein ohne Unterschied versucht und wohl oft herbeigeführt wurde, wie man aus einer trefflichen Darstellung solcher Scenen durch den berühmten niederländischen Maler Breughel — auch Höllenbreughel genannt — ersehen kann, so ist es fraglich ob nicht ein systematisches Drücken auf die Abdominalgebilde auch bei Männern den phonischen Stimmritzenkrampf beseitigen könnte. Denn wir wissen nicht genau, welcher Art bei den weiblichen Individuen in diesen Fällen die physiologische Wirkung des hypogastrischen Drucks sei, ob der Druck des Ovariums das Wesentliche sei, ob nicht der Druck auf andere Gebilde im Hypogastrium, namentlich auf die vielen Nervengeflechte des Sympathicus und der Lumbalnerven, die Wirkung reflectorisch vermittele, das ist schwer zu bestimmen. Ich würde jedenfalls, sollte, was mir leider noch nicht zu Theil wurde, ein Fall von Aphonia spastica beim Manne in meine Hände gerathen, zunächst die derjenigen beim Weibe homologe Behandlung versuchen, Was die Suggestion dabei thut, wird sich auch schwerlich abwägen lassen. Als ich in meinen ersten Fällen die verschiedensten Druckpunkte auch ausserhalb des Abdomens, z. B. am Kopf, im Nacken, an der Wirbelsäule etc. aufsuchte, bewirkten sie alle gar nichts, dagegen wohl mitunter an einigen Stellen im Hypochondrium, jedoch weniger intensiv und kürzer anhaltend. Auch mit den Olliver'schen Druckpunktversuchen, welche bei den paretischen Stimmstörungen Hysterischer Erfolg zeigten, hat daher der sog. Ovarialdruck wahrscheinlich wenig oder nichts gemein.

Fassen wir die Hauptpunkte dieser Arbeit zusammen, so haben wir also vielleicht zwei Arten der functionellen Neurose, welche „Spasmus glottidis phonicus" genannt wird, zu verzeichnen, eine hysterische und eine berufliche. Die hysterische Form hat sich in einigen Fällen als heilbar bewiesen bei Frauen, ja selbst bei einem Manne, durch eine psychophysische Behandlung mittelst Athmungsgymnastik und Phonationsübungen. Diese Form der Krankheit ist aber durchweg prompter und dauerhaft heilbar bei Frauen durch systematisch durchgeführte Verbindung von Druck auf die seitlichen Theile der untern Bauchgegend — sog. Ovarialdruck — mit gleichzeitigen Athmungs- und Phonationsversuchen. Diese Methode ist bei männlichen Individuen noch nicht versucht worden, dürfte jedoch vielleicht auch bei diesen, und zwar sowohl in Fällen von beruflicher, als von hysterischer Ursächlichkeit, mit Erfolg angewendet werden. Sollte meine abdominale Druckbehandlung künftighin bei allen Fällen von Aphonia spastica, welche Causalität sie auch besitzen mögen, einem gründlichen Versuche unterworfen werden, sobald das Uebel durch die einfache Athmungs- und Phonationsgymnastik

Digitized by Google

nicht sofort innerhalb 1 oder 2 Tagen beseitigt werden kann, so wäre der Zweck dieses Aufsatzes erreicht und gewiss dem grössern Theil der an Aphonia spastica leidenden Menschen, ja vielleicht allen solchen, ein wichtiger Dienst geleistet.

Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

von

Dr. **Hugo Bergeat**, München.

(Schluss zu No. 11.)

Die ersten Symptome betrafen in 21 von 28 Fällen die Phonation. Meist geht die Stimme ganz allmählig und gleichmässig, so dass der Patient manchmal erst beim Singen oder durch andere Personen auf die Veränderung aufmerksam gemacht wird, ihrem Verfalle entgegen, wird tiefer, verschleierter, heiserer; oder sie erlischt, gelegentlich einer Erkältung, plötzlich und erholt sich nicht wieder; oder endlich in seltenen Fällen, die Stimme erholt sich noch für kurze Zeiten, was entweder durch das Schwanken von catarrhalischen Fluxionen oder eine vorübergehende Erstarkung der Kehlkopfmuskeln oder endlich eine vorübergehende günstige Modellirung des Stimmbandes zu erklären ist. In Fauvel's Fall 211 war erst nach 5 Jahren die Stimme völlig erstorben; Foulis und Mackenzie sprechen von 7 und 23 Jahren mässiger Affection, was jedenfalls der Richtigstellung bedarf; Burow, Schech, Scheinmann und Türck dagegen berichten von einem ganz raschen progressiven Stimmverluste. Im Falle Gottstein war die mangelhafte Stimmbildung wohl congenital.

Die initialen Schluckschmerzen im Falle Mackenzie 4 (und vielleicht Burow II) erklären sich daraus, dass die Epiglottis eine ungewohnte Abbiegung während des Schluckactes zu erleiden hatte, nachdem ihr unterer Theil die Beweglichkeit verloren hatte. Schmerzen in den Fällen Newman, Cohn und Hahn haben einen ungünstigen raschen Verlauf eingeleitet; im Falle Hahn traten die Schmerzen ganz pötzlich auf.

Durch initiale Dyspnoe ist der Fall Browne 3 ausgezeichnet; da dieser der einzige ist, der auch im späteren Verlauf ein, wenn ich mich so ausdrücken darf, capriciöses Verhalten der Kehlkopfmuskeln aufweist, so darf diese Dyspnoe als nervös spastische angesehen werden.

Fremdkörpergefühl, bei Sitz der Geschwulst hoch oben an der Seitenwand des Larynxeinganges, war die erste und einzige Beschwerde des Patienten Sidlo's.

Auch unter den späteren Symptomen treten jene von Seite der Phonation in den Vordergrund. Nur im Falle Fauvel 214, Browne 3, (Sarcom des Sinus pyriformis mit hängenden Geschwülsten in Kehlkopf und Trachea) und Elsberg (mir unbekannter Sitz) ist ihr Fehlen ausdrücklich betont. — Die Störung der Phonation macht übrigens kaum in einem der Fälle den Eindruck, als stünde sie ausser Verhältniss zur

Digitized by Google

directen mechanischen Behinderung bezw. zur nebeneinhergehenden Entzündung, was zum Unterschiede von anderen bösartigen Geschwülsten betont werden muss; nur der Fall Browne 3 macht eine Ausnahme.

Schleimbelag ohne Ulceration erwähnen Fauvel 214 (Sarcom des Ventrikels) und Semon (Letzterer betont das Freisein der Lunge), neben Ulceration Jurasz; es ist möglich, dass manche Beobachter den Schleimbelag nicht für wesentlich genug hielten, um ihn besonders zu erwähnen.

Umgekehrt war in anderen Fällen Trockenheit des Halses vorhanden (Foulis, v. Bergmann).

Erstickungsanfälle, besonders nächtliche, sind von Laroyenne (periodisch alle 8—14 Tage), Fauvel 137, Jurasz erwähnt, in den beiden ersten Fällen waren gestielte Tumoren in der Interarygegend resp. am Stimmbandrande, in dem letzteren Ulceration und Schleimbelag vorhanden.

Blutungen aus dem Halse sind von Laroyenne und Fauvel 190 bei Frauen bemerkt worden; beide Male handelte es sich um gestielte Polypen am Stimmbandrande. Das ebenfalls gestielte Sarcom Schech I zeigte Anfangs Sugillationen und im 2. Recidive kleine freie Blutergüsse.

Fremdkörpergefühl erwähnt nur Fauvel 190; die Geschwulst sass ebenso wie jene Sidlo's nahe an der frontalen Mittellinie des Kehlkopfes.

Dysphagie war seltener die Folge von Schmerzen als von Behinderung der Senkung des Kehldeckels. Bemerkenswerth ist die Geringfügigkeit der Schluckschmerzen bei der bedeutenden Affection des Sinus pyriformis in Cohn's Fall.

Abmagerung ist bei Schech I und Fauvel 80 frühzeitig beobachtet worden. Sie ist jedenfalls bei Sarcom kein Symptom per se. Der Patient Jurasz' hat nach Erlangung freierer Athmung um 20 Pfund zugenommen, was Jurasz Anlass zur vorläufigen Diagnose von Sarcom, im Ausschlusse von Carcinom, gab.

Schmerzen sind nicht häufig; sie können beim Schlucken oder auf Druck oder als irradiirte vorkommen. Eigenthümlich sind die von Fauvel und Mackenzie gemeldeten Belästigungen des Patienten durch „Beissen im Halse wie von Pfeffer" oder durch „picking pain". Jede Art von Schmerzen trübt die Prognose, Mackenzie allein konnte von Heilung berichten.

Die ausstrahlenden Schmerzen zogen in Newman's Fall Anfangs nur nach den Ohren, einige Wochen später aber nach dem ganzen Gesichte. Es fanden sich die irradiirten Schmerzen niemals bei Ulcerationen, aber jedesmal hatte die Geschwulst entweder von vorneherein ihren Sitz ausserhalb der Kehlkopfhöhle (Browne 10) oder war nach vornehin durchgebrochen oder durchgetreten unter Läsion des Knorpels (Newmann, Hahn); Semon's Patient II, dessen Knorpel nicht lädirt waren, ist bei sonst gleichartiger Erkrankung wie in Newman's Falle von den Schmerzen verschont geblieben. — Schmerzen bei Druck mit Auftreibung des Kehlkopfes kamen nur bei Rund- und Albeolarsarcomen vor.

Nervös angeregte Secretionen, nach Ueberschreitung des knorpeligen Gehäuses, haben sich gezeigt im Falle Hahn (profuser Speichel) und vielleicht im Falle Semon (profuser Schleimauswurf bei intacter Lunge).

Ueber die Ulceration ist bereits oben gesprochen.

Digitized by Google

	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Ia. Broadbent	keine.			4 J. bis zum Tode.	erstickt.
Rauchfuss	Laryngotomie.		Recidiv etwa nach 1 J. bericht.		s. Recidiv, (die Frau befindet sich wohl und trägt die Canüle).
Schrötter	endolar. stückweise mit der Quetschzange, darnach Arg. nitr.			anscheinend 2 J. bis zur Operation.	Heilung.
Türck	endolar., Fenstermesser; Arg. nitr.			anscheinend 1½ Monate bis zur Operation.	Heilung.
Oliver	endolar., nur Caustica.	Behandlung dauerte ½ J.			Heilung.
v. Balassa	Lapis, kurzdauernd. Besserung. Thyrotomie u. stückweise Entfernung mit der Scheere. 10 Mon. später neue Thyrotom.		Recidiv (v. Bruns' Auffassung) n. 6 Wochen.	2½ J. bis zur Behandlung.	n. 4 Mon.: Heilung. Stimme u. Athmung gut.
Navratil	endolar., zweischneid. Polypenmesser; darnach Galvanocaustik.				etwan. 1 J.: Heilung, Stimmbänder bleiben verdickt und uneben
Gottstein	endolar., Bruns'sche Schneideschlinge.			anscheinend 7 J. bis zur Oper.	Heilung nach 13 J.; Stimme norm. (1888).
Planchon	Laryngotomie, darnach Cauterisationen. 8½ Mon. später neue Thyrotomie, Abtragung mit der Scheere.	es bleibt nach 6 Woch. noch ein erbsengross. Gran. d. Trach.	Recidiv.	anscheinend 2 J. bis zur Oper.	nach 4 Mon.: Heilung mit guter Stimme.

Digitized by Google

	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Ruppaner	endolar. durch v. Bruns mit Fenstermesser. Thyrotomie und Ferr. candens.		Recidive.		nach 2 Mon.: Recidiv im Umfange der Trachealfistel.
Sidlo	endolar., Fenstermesser, nachträgliche Aetzung der Basis.			angebl. 1 Mon. bis zur Oper.	Heilung.
Buck	Thyrotomie mit Durchtrennung der Lig. hyo- und cricothyr.; Entfernung des r. Stimmband. u. Aryknorpels; Ferr. cand.	Abbrechen der Canüle.			nach $7\frac{1}{2}$ Mon.: Heilung; heisere Stimme durch einen Narbenstrang ermöglicht.
Mackenzie					
1. Nummer	endol., Galvanocaustik; Schneidezange.		Recidiv nach 2 Jahren.		bedeut. gebessert; Herstell. der Stimme.
2. Nummer	endol., auterior-posterior forceps.		Recidive.		fortwährende Recidive zu bekämpf.
3. Nummer	endol., common forceps.			vielleicht 2 J. bis zur Oper. (jedenfalls nicht 23 Jahre).	Heilung nach 3 W. mit freier Stimme.
4. Nummer	endol., gedeckter Ecraseur.	wenig Blutung.			vollkommene Entfernung
Reyher	Laryngofissur.				Heilung mit normaler Stimme.
Blanc	endol., Zange nach Tracheotom. Nachholen des Stiches durch Fournié;	wenig Blutung und Schmerz; geheilt nach 6 Wochen.	Recidiv 5 J. später oper.	Gesammtdauer ca. $7\frac{1}{2}$ J. bis zum Tode.	Tod nach $1\frac{1}{2}$ J.
	2. Operation endol., Galvanocaustik durch Blanc.		Recid. nach 4 Wochen.		

Digitized by Google

Laroyenne	Thyrotomie, am nächsten Tage Exstirpation der Geschwulst.			1J. bis zur Oper.	Veröffentlichung nach $3^1/_2$ J.: Heilung nach $8^1/_2$ Monaten, Stimme rauh bei normal-aussehenden Stimmbändern.
Fauvel					
Fall 33	endol., Arrachement partiel, wegen starken Blutverlustes Tracheot., dann Fortsetzung des Arrachement.	starke Blutung.		3J. bis zur Oper.	Ausbleiben des Patienten nach Besserung.
Fall 80	endol, Arrachement, Aetzung mit Chromsäure. Vorschlag der Radicaloperat.	Heilung binnen 5 Wochen bis auf Röthung d. Stimmbänd.	Recidiv nach $2^1/_2$ J.	$1^1/_2$ J. bis zur Oper.	ausgeblieben.
Fall 137	endol., Zange.	wenig Blutung.	Recidiv nach $5^1/_2$ Jahren kleiner als das 1. Mal.	4J. bis zur Oper.	ausgeblieben.
	Recidiv: Arrachement.	reichl. Blutung.			
Fall 190	endol., Arrachement, Betupf. der Wundfläche mit absolut. Alcohol.			$3^1/_2$ J. bis zur Oper.	nach Jahren die Heilung bestätigt.
Fall 211	endol., nach Verweigerung der Tracheotomie.	wenig Blutung, kein Schmerz; Verkleinerung auf die Hälfte.		7J. bis zur Oper.	ausgeblieben.
Fall 214	endol., 14maliges Arrachement; Cauterisation unterblieb. Weitere Operationen. Vorschlag der Tracheotomie.	wenig Blutung, kein Schmerz.	kleines Recidiv nach 2 Mon., das im 4. M. rasch wuchs.	etwa 2 J. von den erst. Symptomen bis zum Tode; 11 Mon. bis zur 1. Oper.	schneller Tod unter Erscheinungen vom Gehirne aus.

Digitized by Google

	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Bottini I	Laryngot. im August; endol. Galvanocaustik im October; totale Laryngect. 6. Februar.	nach der Operat. Erysipel.			Heilung u. Arbeitsfähigkeit noch nach 15 Jahren.
Schech I	endol., Drahtschlinge (konnte nicht durchquetschen); galvanocaustische Schlinge zum Theil in Messerform.	bei Messeroper. zu starke Blutung zu erwarten.	kleineres Recidiv nach ½ J.	über 10J., erste Vorstellg. etwa 3 Mon. nach d. ersten Sympt.	Tod ca. 50 Tage nach der Tracheotomie.
	Galvanocaustik.		mit Recidiv wiedergek. nach 9 Jahr		
	endolar., galvanische Schlinge gegen die kleinen Tumoren. Tracheotomie nach 2 Monaten.				
Robinson	endol.; Tracheotomie, Versuch der Larynxexcision aufgegeb. wegen Chloroformintoleranz.	Besserung.	es erfolgt ein Fortschreit. a. d. Schildknorpel.	bis zur 1. Oper. vielleicht 3 J.; bis zum Tode noch etwa 1 J.	Tod bald darauf an Bronchiolitis.
Burow II	endol., Drahtschlinge, Abkratz. und Galvanocaustik; 4 Mon. später endol., Schlinge; 10 Tage später Tracheotomie; 6 Tage später Pharyngotomia subhyoidea mit Abschneiden alles Krankhaften u. Auslöffelung.	gering. Blutung.	Recidiv nach 1 Monat.	6 Wochen von dem Beginne d. Beschwerd. bis z. 1. Oper.; 2. Oper. 4½ M. nach der 1.	Heilung u. Arbeitsfähigkeit nach 1½ Jahr gemeldet.
Foulis	Thyrocricotomie Mai 1876.	es blieb eine Fistel in der Höh. d. Membr. cricothyr.	Recidiv an der Fistel Sept. 1876.	ca. 2½ Jahre bis zur Laryngectomie.	kein neues Recidiv; Tod nach 18 Mon. an Lungentuberculose.

Digitized by Google

	Thyrotomie April 1877.	Erysipel.	Recidiv Juli, gl. Stelle; August 2 Drüsen geschwollen.		
	totale Larynxexcision mit Schonung der oberen Schildknorpelhörner und der oberen Hälfte der Aryknorpel, 10. October 1877.				
Lange	endol., Galvanocaust.; Tracheotomie; totale Resection des Kehlkopfes, des r. Hornes des Zungenbeines und von Theilen der Speiseröhre.		Recidiv in Form eines Knötchens.	Gesammt dauer etwa 3 Jahre.	Tod 7 Mon. nach der Operation an Erschöpfung.
Ganghofner	endol.?		Recidiv nach 8 M., Entart. des ganzen Stimmbandes.		Tod nach einigen Monaten.
Küster	endol.				kein weiteres Recidiv nach 3 Jahren; Stimme schwach, flüsternd.
	Thyrotomie und Exstirpation des einen Stimmbandes; halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes.		sehr schnelle Recidive.		
Rzehazek	Totalexstirpation von Kehlkopf und Thyreoidea.				Tod 2 Tage später an sept. Pneumonie.
Coupard	endol., galvan. Schlinge.				Heilung.
v. Bergmann	totale Laryngectomie.			etwa $1^1/_2$ J. bis zur Operation.	nach 2 Monaten als geheilt vorgestellt.
Bottini II	Exstirpation des oberen Kehlkopfes, ohne Ringknorpel.				Tod nach 3 T. an Pneumonie.

Digitized by Google

	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Labée	totale Exstirpation (verschieden referirt, ob mit Epiglottis; diese blieb geschont).				Tod nach 27 Monat. an Pneumonie ohne Recidiv.
Hahn	totale Exstirpation, zugleich mit den umliegenden Weichtheilen.		Recidiv; Durchbr. durch die Trachea n. aussen.		Tod einige Monate später mit Recidiv.
Gerster	halbseitige Exstirpation.		Recidiv.		Tod $2^1/_2$ J. nach der Oper. an Recidiv (versch. Referate).
Newman I	keine Operation.				Tod an Erschöpfung.
Agnew, Hayes	totale Exstirpation, nebst 6 Ctm. Oesophagus.				Tod 4 Tage später an Athemschwäche.
Jurist	Verweigerung d. Tracheotomie.				Erstickung.
Gleitsmann	Exstirpation der Lymphdrüsen, später halbseitige Exstirpation.				nach 2 J. vollkomm. gesund.
Semon II	ohne Operation.			Verlauf in nicht ganz 1 Jahre.	Tod nach 2 Tagen.
Cacciopoli	Totalexstirpat., zugleich Wegnahme von 6 Ringen der Luftr.		(war bereits Recidiv).		Tod unter Convulsionen nach 43 Tag.
Ceccherelli					Tod an Pneumonie nach der Operat.
Albert	Pharyngotomia subhyod.		(war bereits Recidiv).		Heilung.
Hjort	Laryngofissur.				Heilung.
Heiberg	Pharyngotomia subhyod.; selbe Operation wiederholt.		Recidiv.		

Digitized by Google

Délie	endol., Fauvel's Zange, Galvanocauter;	leichte Blutung.	Recidiv nach 10 Monaten vorgestellt.		Tod durch Influenza.
	Pyoktanin, Tracheotomie.	rascher Verlauf.			
Bessel-Hagen	Laryngofissur, Cauterisation, Drüsenexstirpation.				ohne Recidiv nach 1 J.; Sprache rauh und tonlos.
Jurasz	tiefe Tracheotomie; Laryngofissur (die Excision wurde wegen des schlechten Kräftezustandes unterlassen); Galvanocaustik.	entschiedene Besserung an der Glottis; 20 Pfd. Gewichts-Zunahme.		etwa 4 J. Gesammtdauer.	Tod an Pneumonie nach einer Periode besonderen Wohlbefindens.
Schnitzler-v. Frisch	Galvanocaustik im Kehlkopfe; schneidende Operation in der Luftröhre; Laryngofissur und Auskratzung (laut Notiz im lar. Atlas von Schnitzler).				Heilung seit 4 Jahren.
Tietze	Kehlkopfexstirpat., halbseitige; „weitere Operation".		Recidiv nach 9 Monaten.		Heilung seit 1 Jahr; blühend. Aussehen, relat. sehr gute Phonation.
Browne, Lennox Fall 3	Incision, weil Absc. vermuthet wurde; Wegnahme e. Stückes der Geschwulst. Tracheotomie 16 Mon. später.			Gesammtdauer mindest. 3 J.	Tod 14 Monate nach Trach. an Asthenie.
Browne, Lennox Fall 8	wheel écraseur, theilweise Entfernung; weitere Operation abgelehnt.				Tod etwa 11 Monate nach der Operation.
Arnaud-Moure			Recidiv nach 4 Monaten.		

Digitized by Google

	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Cohn	Versuch der partiellen Larynxresection.	bei der Drüsenexstirp. Vagus und Phrenicus durchtrennt.			Tod nach 4 Stunden.
Scheinmann	endol. in 2 Sitzung.; Pyoktanin; Operat. mit Scheinmann's Zange; Pyoktanin.	leichte Heilung.	Recidiv nach 6 Wochen.		Heilung seit $1^1/_2$ Jahr.
Cohen, Solis II	Exstirpation des ganzen Kehlkopfes und 1. Trachealringes; Schonung der Epiglottis.	recht zufriedenstell. Verlauf.			
Paul	endol.; Thyrotomie.				kein Recidiv seit $5^1/_2$ Monaten.
Mackay	Tracheotomie, nach 8 Tag. Entfernung des Kehlkopfes bis zum oberen Rande des Ringknorpels, der Schilddrüse und von Theilen der Speiseröhre.	nach 2 Monaten ziemlich verständl. Sprech.	Recidiv besonders an der Speiseröhre.		Tod nach 1 Jahr an Recidiv.
Birkett	Tracheotomie (die danach stattgehabte Geburt ist von deutlichem Einfluss auf die Verkleinerung der Geschwulst); 5 Wochen später Thyrotomie.	schnelle u. glatte Heilung.			Heilung nach 2 Jahr; klare Stimme.
Szumilo	Tracheotomie; nach 1 Woche Laryngofissur.	guter Verlauf. Herstell. einer Art Stimme.			

Digitized by Google

Semon III	Thyrotomie; Entfern. des einen Stimmbandes und der Vorderseite des Aryknorpels.		nach $1^1/_2$ J. recidivfrei; vorzügliche Stimme.
Schech II			erstickt.
Baurowicz	Kehlkopfexstirpation.	Recidiv.	2 Mon. bis zur Behandlung.
I.b.*a.* Heath	keine Operation mehr möglich.		
Gerster	Exstirpat. d. halben Kehlkopfes, der Mandel, des Kehldeckels u. von Theilen des Schlundes.		Tod nach 10 Monaten an Pneumonie, ohne Recidiv.
Lanz	Exstirpation des Schildknorpelwinkels nebst der Schilddrüse.		gesund seit 2 Jahren.
Scheier	Epigl. ausgekratzt u. gebrannt.		
Bruck	anfangs Besserung mit Jod. Entfernung des halben Kehlkopfes u. der Lymphdrüsen bis zur Schädelbasis (Gluck).		Tod 3 Tage später im Coma.
I.c. Fauvel Fall 131	Arrachement während 2 Mon.		2 Jahre bis zur Operation. Heilung.
Fall 267	Arrachement.		
Wagner, Clinton	endol., keine volle Entfernung. Nach 5 Monaten Thyrotomie; zwei Mal Laryngofissur.	Recidive.	Tod nach 2 Jahren.
Toeplitz	interl., 4malige Operation, zuletzt während $2^1/_2$ Monaten Mackenzie'sche Zange.		Symptome seit 3 Monaten. Heilung seit 4 Jahren.
II.a. Schrötter	1867 endol., Erfassen mit der Hackenzange u. nachfolgende Inject. von Eisensesquichlorid; 1870 endol., Hackenpincette und wieder Injection; 1879 Vorschlag der Tracheotomie (Störk).	Recidiv. Recid. 1873.	Dauer über 21 Jahre. Tod 1888 an Pneumon.

Digitized by Google

	Art der Operationen.	Bemerkung zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
ders.	Pat. ging zu einem anderen Arzte, welcher Eisensesquichlorid-Injection machte.				Tod während der Einspritzung an Glottiskrampf.
Meyer-Hüni	Tracheotomie mit sehr langem Schnitte, Entfernung der Geschwulst mit der Cooperschen Scheere.	sehr starke Blutung; schwerer Heilverlauf. Geheilt nach $3^1/_2$ Monaten.		angeboren?	Heilung.
Johnston u. Cotterill	Tracheotomie u. intratracheale Polypenzange.				kein Recidiv nach 5 Monaten.
Bamberger-Billroth	Spaltung der Trachea.				
Schnitzler-v. Frisch (cfr. Kehlkopf)	tiefe Tracheotomie, scharfer Löffel, Cauterisation.				Heilung noch nach 4 J. (laut Schnitzler's Atlas).
Chiari-Maydl	Tracheotomie.				Collaps nach 14 Tagen.
Koch	Cricotracheotomie.	mächt. Blutung, weil d. Chirurg die Geschwulst angeschnitten hatte.			Tod am 4. Tage durch Hämorrhagie beim Canülenwechsel.
II. b. Paul	Tracheotomie.				ohne Aussicht auf Heilung.

Digitized by Google

Zunächst finden wir 16 endolaryngeale Operationen, wovon 8 zur Heilung geführt haben sollen; viermal ist mindestens 1 Jahr, einmal sind sogar 13 Jahre bis zur Bekanntgabe derselben verflossen. Die Mehrzahl der endolaryngeal geheilten Geschwülste ist mit irgend welchen Cauterisationen behandelt resp. nachbehandelt worden. Angesichts dessen, dass Gottstein's Sarcom mit der längstwährenden Heilung als wahrscheinlich angeborenes ausnehmend günstige Bedingungen zur Heilung geboten haben mochte, ähnlich wie gewisse juvenile Sarcome, und angesichts der späten Recidive Schech I und Blanc, welches letztere gefolgt ist trotz besonders günstiger Bedingungen zur Ausrottung der ursprünglichen Geschwulst, sind die bisherigen Meldungen, besonders jene Fauvel's, noch nicht geeignet, eine endgiltige Heilbarkeit durch die endolaryngeale Operation darzuthun. — Günstigere und durchschnittlich weniger übereilte Nachrichten liegen über den Erfolg der Thyrotomie und der halbseitigen Laryngectomie vor.

Die erstere ist, grossentheils nach erfolgloser endolaryngealer Operation, 15 Mal ausgeführt worden und hat 11—12 Mal zur Heilung geführt, allerdings 2—3 Mal erst nach ihrer Wiederholung; am wenigstens günstig war ihr Erfolg bei subglottischem Sarcome, da auf dieses 4 von den nothwendig gewordenen Nachoperationen treffen. Die einseitige Laryngectomie ist 4mal gemacht worden und war nur 1mal von Recidiv gefolgt, bei durchweg später Veröffentlichung. Todesfälle finden wir bei keiner dieser beiden Operationen erwähnt.

Unbefriedigend bei Sarcom sind bisher die Resultate der vollkommenen rectius doppelseitigen Kehlkopfexstirpation, trotz einer wahrhaft triumphirenden Heilung; ich beschränke mich darauf, die Liste besonders zusammenzustellen und beizufügen, dass Foulis für den Tod seines Pat. eine hereditäre Phthise verantwortlich machen will:

Bottini I:	Heilung und Arbeitsfähigkeit noch nach 15 Jahren;
v. Bergmann:	nach 2 Monaten Vorstellung als geheilt;
Cohen, Solis:	recht befriedigender Verlauf der Heilung;
Robinson, Cohn	Unterbrechung der Operation;
Cacciopoli:	Tod nach 43 Tagen;
Hayes:	„ „ 4 „
Rzehazek:	„ „ 3 „
Bottini II:	„ „ 3 „
Labée:	„ „ 27 Monaten, ohne Recidiv;
Lange:	„ „ 7 „ „ „
Foulis:	„ „ 18 „ „ „
Hahn:	„ „ einig. „ mit „
Mackay:	„ „ 1 Jahr „ „
Baurowicz:	Recidiv nach kurzer Zeit.

Es ist im Interesse eines ausgiebigen Operirens nicht mehr angängig, dem Kehlkopfsarcome eine Zwischenstellung zwischen den gut- und bösartigen Geschwülsten anzuweisen. Wenn ich von der Heilung des Gottstein'schen Sarcomes, für welche vielleicht besonders günstige Bedingungen bestanden, absehe, so ist es noch in keinem Falle von Kehlkopfsarcom durch mehrjährige Beobachtung erwiesen, dass dasselbe sich

Digitized by Google

dauernd hat heilen lassen durch eine jener Operationen, mit welchen wir bei den Geschwülsten von anerkannter Gutartigkeit so trefflich auszukommen pflegen.

Nirgends ferner sind Beweise zu finden, dass eine wirksame Selbstheilung stattgehabt hat, niemals ist im Kehlkopfe ein Stehenbleiben, sondern fast überall gerade im Gegensatze zu den gutartigen Geschwülsten eine Steigerung des Wachsthumes gesehen worden. Die Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Sarcom weist ein Resultat auf, wie es für Carcinom sicherlich weniger ungünstig ist. Wenn wir vom Glauben an eine Gutartigkeit des Sarcomes irgend etwas beibehalten dürfen, dann darf es nur die Zuversicht sein, mit energischen Operationen auch in den frühen Stadien die Heilungsresultate zu recht günstigen gestalten zu können.

Es wird sich mit der Zeit entscheiden, ob und wann die endolaryngeale Operation zur Ausrottung des Sarcomes ausreichen wird; Patienten und Aerzte, welche vor der Operation von aussen her zurückschrecken, werden allmählig eine Statistik darüber ermöglichen. Nach dem vorliegenden Materiale muss ich aber vorderhand erklären, dass kein noch so günstiger Sitz, keine Nachbehandlung bisher auf eine endolaryngeale Ausrottung rechnen lassen, wenn wir nicht ganz breite Stücke der Unterlage mitentfernen können und wollen; und das ist nur und zwar bedingt möglich am Stimmbandrande, am Aryknorpel und an der Epiglottis, wie gerade in meiner Beobachtung. Speciell am Stimmbandrande eine energische Galvanocaustik anzuwenden, erscheint als Wagestück, nachdem aus Amerika wiederholt Todesfälle durch Verschwellung der Glottis berichtet worden sind. — Weil das Hauptbedenken gegen die Thyrotomie durch die häufige Schädigung der Phonation gegeben ist, will ich einen an der Leiche geprüften Vorschlag machen, wie es anzufangen ist, um die zusammengehörigen Stellen der Knorpel und Bänder genau wieder an einander zu bringen. Man bereite einige der später benöthigten Nähte schon vor der Durchtrennung der Theile vor, indem man mit einer starken Nadel einen längeren Faden oder weichen Draht frontal und genau horizontal durch den Knorpel durchführt, die langen Enden knüpft, beim Einschneiden der Theile eine Beschädigung des inneren Fadentheiles vermeidet und nach dem Hineinpräpariren behutsam, um eine starke Usurirung des Knorpels zu vermeiden, den inneren Fadentheil durch die Wunde wieder soweit nach aussen führt, dass er mit dem äusseren Fadentheile in eine gemeinsame Klammer gelegt und ober- oder unterhalb der Schnittwunde deponirt werden kann. So können z. B. im Schildknorpel eine obere, eine untere und vielleicht noch eine mittlere Naht vorbereitet werden, welche während der Operation sehr einfach und sicher ausserhalb des Arbeitsfeldes zu verlegen sind, indem man die gemeinsame Klammer für inneren und äusseren Fadentheil (etwa eine Sicherheitsnadel) irgendwo an der Haut mit Heftpflaster festklebt.

Der mehrfach behauptete heilende Einfluss des Erysipels auf Sarcom könnte im Falle Bottini I angenommen werden. Foulis' Patient aber ist durch das Erysipel nach der Thyrotomie nicht vor dem Recidiv bewahrt geblieben. — Pyoctanin hat sich Délie sowohl als Scheinmann nicht von Nutzen gezeigt. — Ueber Electrolyse liegt keine Notiz vor.

Secundäre Kehlkopfsarcome gelangen nur selten unter günstigeren

Digitized by Google

Verhältnissen zur Operation; bisher hat nur Lanz ein gutes Resultat erreicht, nachdem ein Schilddrüsensarcom erst begonnen hatte, den Kehlkopf zu arrodiren.

Schmerzen sind mit der Operation an der Geschwulst selbst nicht oder nur sehr geringgradig verbunden gewesen. Die Blutung ist bei den besser umgrenzten und jüngeren Sarcomen fast stets als gering bezeichnet; nur die umfangreichen Sarcome Fauvel 33 und Schech I, letzteres möglicherweise vom Aryknorpel ausgehend, haben reichlich geblutet. Die Recidive bluteten durchweg stärker.

Der Verlauf des Kehlkopfsarcomes ist im Allgemeinen langsamer als jener des Carcinomes. Während nämlich dieser nach Schrötter's Schätzung durchschnittlich 2 Jahre umfasst, berechnet sich jener auf 4 Jahre und unter Einbeziehung des Falles Schech I sogar auf 7 Jahre. Dementsprechend übertreffen die Fälle Schech I und Blanc mit 10- und $7^1/_2$jähriger Dauer, und jene Fauvel 211 und Gottstein mit je 7 Jahren zwischen den ersten Symptomen und der heilenden Operation oder aber dem Tode die längste Dauer eines Carcinomes von 6 Jahren 8 Monaten (citirt in der Sammelforschung des Centralblattes für Laryngologie). — Ein rasches Ende hat Semon's 2. Fall gefunden, 11 Monate nach Beginn der Beschwerden, aber nicht infolge der directen Schädigung durch das Sarcom, sondern der Altersschwäche des 81jährigen Kranken; sonst weist bisher keiner der Fälle, welche bis zum lethalen Ende verfolgt werden können, eine Dauer unter 3 Jahren auf.

Der Tod trat bei den Nichtoperirten meist durch Erstickung, selten durch mangelhafte Ernährung ein.

Unter den inneren Operationen in der Luftröhre ist die Schrötter'sche durch den Aufwand von Geschicklichkeit besonders bekannt geworden; nach ihrem mangelhaften Erfolge aber und vollends nach einem Todesfalle bei Ausführung durch eine andere Hand ist sie nicht zu fernerer Anwendung geeignet. — Die Eingriffe von aussen her waren alle von sehr schweren Blutungen begleitet; indess verlor durch solche nur Koch's Patient, bei dem während der Tracheotomie die Geschwulst geritzt worden war, das Leben. Dieses traurige Vorkommniss muss dazu auffordern, bei ähnlichen Geschwülsten nur ganz vorsichtig die Trachea aufzuschneiden und die Trachealwunde nicht mit spitzen Scheeren oder Messern zu erweitern, um so mehr, als Täuschungen bezüglich der Höhe des Sitzes ganz gewöhnlich vorgekommen sind.

Jene Frucht nun, welche ich am meisten gewünscht hatte, dem Leser durch meine Arbeit bieten zu können, nämlich die laryngoscopische Diagnose des Sarcomes, ist nicht zur Reife gelangt. So wie Schrötter nach mehrfachen eigenen Beobachtungen schreiben musste: „Die Diagnose ist auf den ersten Anblick eine von den schwierigsten, sie ist kaum mit Sicherheit zu stellen," so habe auch ich, abgesehen etwa von der selbstbeobachteten frappanten gelben Farbe, kein directes Kennzeichen, das steckbrieflichen Werth hätte, herauszubringen vermocht. Indess kennen wir doch so viele Einzelheiten weniger ausgesprochenen Characters, dass deren Combination früher oder später den Verdacht von anderen Geschwülsten ab- und dem Sarcom zuwenden kann. So ist das Sarcom durchschnittlich von breiterer Basis und von hellerer Farbe, von rascherem Wachsthum als das Fibrom, tritt häufiger in späteren Jahren auf, ist

Digitized by Google

an den Stimmbändern fast immer derb. Gegenüber dem Carcinome wird die längere Dauer, die spätere und seltenere Ulceration und Drüsenschwellung, die Geringfügigkeit der Injection der Umgebung, das Fehlen ausser Verhältniss stehender Muskelstörungen in Anschlag kommen; nirgends finden wir beim Sarcom die für ältere Krebsgeschwülste typische Bildung scharfkantiger Wülste, sondern zumeist runde, grossangelegte Formen; niemals hat Schrötter beim Carcinom eine Spur von Ausnarbungsprocessen gesehen, als welche die Narben in der Umgebung einzelner Sarcome vielleicht aufzufassen sind. So wird bei der Abschätzung der Bösartigkeit, ob sie grösser oder geringer ist als bei Fibrom oder Carcinom, manchmal der Verdacht auf Sarcom sich einstellen müssen.

Etwa in 5 pCt. der Fälle, was jedenfalls seltener ist als gewöhnlich angenommen wird, kommt es zu Affection des Knorpelgerüstes. Die Verhältnisse sind dabei sehr verschieden. In Schech's Fall war die Geschwulstbildung intraperichondral, ohne andere Erscheinungen als Stenosen zu schaffen, bei Baurowicz kam es zu einer ungewöhnlich reactionslosen Knorpelgangrän, bei Hahn unter den heftigsten Erscheinungen zum Durchbruche nach aussen. Bei der Verschiedenheit der operativen Behandlung einer bösartigen Geschwulst und einer einfachen Perichondritis ist es wichtig, das eventuelle Vorhandensein der ersteren bald zu erkennen.

Durch den Sitz an der hinteren Wand, einem beinahe specifischen Platze der Tuberculose, kann das Sarcom mit dieser Krankheit collidiren. — Sowohl die Infiltrationen als die Knoten bieten häufig für einige Zeit Anlass zum Verdachte auf Syphilis; die entsprechende Therapie wird bald Gewissheit schaffen.

Das sicherste Hilfsmittel der Diagnose, die microscopische Untersuchung, lässt leider häufig im Stiche. Die Fälle Jurasz und Foulis, wo in ersterem die Untersuchung sogar zwei Mal nur Granulationszellen, im anderen ein Papillom erkennen liess, sowie mehrere der unsicheren Fälle zeigen, wie die Verschiedenheit des Aufbaues in den einzelnen Regionen über den eigentlichen Character der Geschwulst irreführen kann. Aus den Sarcomen, welche in tieferen Lagen sich entwickeln, ist überhaupt erst durch die eigentliche Operation das Material zur Untersuchung zu gewinnen. — Kleinere, besonders gestielte Sarcome mögen Mangels microscopischer Untersuchung unerkannt geblieben sein.

Die primären Sarcome der Luftröhre sind bis jetzt nur microscopisch von anderen Geschwülsten zu unterscheiden.

Die Prognose des Kehlkopfsarcomes ist ohne Operation infaust; ob die Narben am Rande einzelner Sarcome das Stigma eines spontanen Heilungsprocesses sind, ist gänzlich unentschieden. Durch die Operationen ist, soweit die Tabelle Auskunft giebt, nicht ganz die Hälfte der Patienten gerettet worden. Die neueren Angaben lauten weniger günstig als die früheren, wahrscheinlich deshalb, weil heute die microscopische Untersuchung kleiner Geschwülste vernachlässigt wird und manches beginnende Sarcom unter allgemeiner Diagnose operirt wird; es lässt sich aber auch annehmen, dass die früheren Beobachter mit der Diagnose „Sarcom" zu freigebig waren und dass sich seither ein zuwartender Skepticismus mehr entwickelt hat.

Es ist deutlich zu sehen, dass jene Operationen, welche von vorne-

Digitized by Google

herein einer breiten und tiefen Abtragung nicht günstig sind oder welche es dem Operateur überlassen, mehr minder sparsam die Abtragung vorzunehmen, die grössere Zahl von Recidiven hinter sich hatten als jene, welche das Kehlkopfinnere breit eröffnen und ganz besonders jene, welche ohne Anlegung einer gar zu gefährlichen Wunde benöthigten Falles auch die knorpelige Unterlage nicht schonten. — Die beste Prognose haben die Spindelzellensarcome, mithin also die Sarcome des Kehldeckels und des Stimmbandes, die schlechteste dagegen die Alveolarsarcome, welche in Folge ihrer Entwicklung in tieferen Gewebsschichten meistens auch erst spät sich bemerkbar machen. Schwer getrübt wird die Prognose durch Drüsenschwellungen und noch mehr durch das Vorhandensein von Ulceration an der Geschwulst selbst oder von Schmerzen, die mit der Geschwulst zusammenhängen. — Schnelles Wachsthum ist vorher zu sagen bei stärkerer Injection der Geschwulstbasis und für Recidive von rascher wachsenden Geschwülsten.

* * *

Die Summe bisheriger Veröffentlichungen hat ein sehr gutes Bild bezüglich der Verlaufes und der Prognose des Kehlkopfsarcomes im Allgemeinen sowohl als bei verschiedenem Maasse operativer Energie gewinnen lassen. Es sind einzelne unterscheidende Punkte gegenüber anderen Geschwülsten zu Tage getreten, es haben manche Vorurtheile ihren Boden verloren, und aus dem Gewirre der Linien heben sich bestimmte Formen heraus. Hoffentlich zieht diese Sammlung eine Anzahl weiterer Beobachtungen aus der Verborgenheit hervor, welche nicht nur den laryngologischen, sondern auch den allgemein-pathologischen Kenntnissen vom Sarcome dienen werden — ist doch nirgends seine Vielgestalt so frühe, so unverhüllt zu beobachten, als gerade im empfindlichen, reichgegliederten, zartbedeckten Kehlkopfe!

Allen jenen Herren, welche Antheil an der Förderung dieser Arbeit haben, spreche ich zum Schlusse meinen verbindlichsten Dank aus.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 29. October 1895.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Hrubesch.

Der Vorsitzende theilt mit, dass in Angelegenheit der Errichtung eines Helmholtz-Denkmales das Wiener Comité an die Oesterreichische otologische Gesellschaft das Ansuchen gestellt hat, sich an der Sammlung von Geldbeträgen zu betheiligen, und legt zu diesem Zwecke einen Sammelbogen auf. Ferner spricht der Vorsitzende den Wunsch aus, dass sich auch die Wiener Aerzte bei der Sammlung zur Errichtung eines Denkmals für Wilhelm Meyer in Kopenhagen, der sich um die

Digitized by Google

Ohrenheilkunde grosse Verdienste erworben, betheiligen mögen, und stellt den Antrag, im Namen der österreichischen otologischen Gesellschaft zu diesem Behufe in medicinischen Zeitungen einen Aufruf ergehen zu lassen. Dieser Antrag wird von der Versammlung zum Beschlusse erhoben.

Nachdem noch der Vorsitzende die anwesenden Gäste begrüsst hatte, folgen Demonstrationen.

Prof. Politzer: Vorstellung eines Falles, bei welchem die Freilegung der Mittelohrräume nach Körner mit Erfolg ausgeführt wurde.

Bei einem 19jährigen Mädchen, welches seit drei Jahren an rechtsseitiger chronischer Mittelohreiterung litt, und bei welcher trotz localer Behandlung die Eiterung nicht beseitigt werden konnte, wurde, nachdem die bedrohlichen Symptome: Kopfschmerz, Schwindel, Schmerzen in und hinter dem Ohre, nicht nachliessen, am 9. Mai 1895 die Freilegung der Mittelohrräume in Verbindung mit der Körner'schen Plastik ausgeführt. Nach Durchtrennung der Haut und des Periostes, des Proc. mast. mittelst eines halbmondförmigen Schnittes hinter der Insertion der Ohrmuschel, wurde diese mit der hinteren oberen membranösen Wand des knorpeligen Gehörganges abgelöst, und die hintere obere knöcherne Gehörgangswand mit der äusseren Wand des Attic durch den Meissel abgetragen. Nach Ausräumung der Granulationen aus der Trommelhöhle und dem Antrum wurde aus dem hinteren oberen membranösen Theile des knorpeligen Gehörganges durch zwei parallele, bis zum Ohrknorpel reichende Schnitte ein Lappen gebildet, und nach Reponirung der Ohrmuschel und Vernähen der äusseren Schnittwunde, durch Tamponade des äusseren Gehörgangs der gebildete Lappen an die durch Abmeisselung der Gehörgangswand entstandene Knochenfläche zur Anheilung gebracht. Normaler, afebriler Wundverlauf. Die Kranke wird am 26. Mai entlassen. Die Eiterung hat Anfangs October aufgehört.

Der jetzige Befund, fünf Monate nach der Operation, zeigt die Schleimhaut der Promontorialwand und des freiliegenden Attic trocken und glatt, die Hörweite für Flüstersprache beträgt 3 Mtr., Hörmesser 15 Ctm.

P. hebt hervor, dass er in den bisher nach Körner operirten Fällen es nicht für nöthig fand, den Lappenschnitt so weit in den Knorpel der Ohrmuschel zu verlängern, wie es Körner angiebt, wodurch eine verunstaltende Vergrösserung der äusseren Ohröffnung vermieden wurde.

Dr. Gomperz stellt einen Patienten in der Mitte der Vierziger vor, bei dem er wegen Cholesteatom des rechten Mittelohres die Radicaloperation nach Zaufal mit Gehörgangsplastik nach Körner ausführte und in verhältnissmässig kurzer Zeit Heilung erzielte.

Die Krankengeschichte des Patienten ist zum Theile in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1893 erschienen[1]) (Herr L., Fall No. XX) und ist dort unter den Fällen angeführt, wo bei der conservativen Behandlung Recidiv auftrat. Nach demselben blieb Patient fast zwei Jahre,

[1]) Ueber die Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfells und der Gehörknöchelchen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1892 und 1893.

Digitized by Google

vom 14. Juni 1893 bis Ende April 1895 geheilt, ohne eine Spur von Absonderung, ohne Beschwerden. Ende April 1895 erkrankte er an Schwindel und Kopfschmerz; im Bereich der linsengrossen Lücke im hinteren oberen Quadranten zeigte sich nur eine zäh haftende Cholesteatomschwarte. Schon in den nächsten Tagen kam es unter Zunahme der Beschwerden zur Zuschwellung des Gehörganges, dann zum Aufschiessen von Granulationen, die unter dem hinteren Perforationsrande hervorkamen. Den Vorschlag der Radicaloperation acceptirte Patient Anfangs nicht, und entschloss sich erst dazu, nachdem die Granulationen zu einem den Gehörgang erfüllenden Polypen ausgewachsen waren.

Am 8. Juni wurde nach Entfernung des bohnengrossen Polypen und breiter Ablösung der Ohrmuschel die Aufmeisselung nach Zaufal vorgenommen, wobei es sich ergab, dass das Antrum im eburnisirten Proc. mast. zu einer cylindrischen, 2 Ctm. langen, 1 Ctm. Durchmesser haltenden Höhle erweitert und mit breiigen Choleastommassen erfüllt war. Der Hammer wurde entfernt, der Amboss war nicht mehr vorhanden. Bei der Körner'schen Lappenbildung wurde nicht in die Concha hineingeschnitten, trotzdem ergab sich ein genügend langer Lappen, der nach Verschluss der Haut-Periostwunde fest gegen das Antrum tamponirt wurde.

Der Wundverlauf war vollständig afebril und schmerzfrei, am 14. Juni zeigte sich die Wunde per primam geheilt. Doch klebte die Jodoformgaze im Gehörgang so fest, dass ihre Entfernung erst am 23. Juni, also 16 Tage nach der Operation, und auch da nur unter starker Kraftaufwendung gelang.

Um diesem Ankleben der Tampons vorzubeugen, füllte Gomperz bei den folgenden Verbandwechseln sterilisirtes Vaselinöl in den Gehörgang und tamponirte dann mit Jodoformgaze aus; die Verbandwechsel, die jeden zweiten Tag vorgenommen wurden, gingen jetzt glatt und schmerzlos von statten. Am 2. Juli, also 25 Tage nach der Operation, war fast die ganze Höhle überhäutet, der Lappen fest angeheilt. Nun wurden die Tampons weggelassen und der Gehörgang mit Borsäure ausgefüllt; am 22. Juli, also 45 Tage nach der Operation, war die ganze neugebildete Höhle von zarter Epidermis bekleidet und trocken.

In der Discussion bemerkt Urbantschitsch, dass hier im Hinblick auf die grosse Höhle das Resultat als ein besonders schönes bezeichnet werden müsse. Nicht immer schreite die Uebernarbung so rasch fort; ihm habe dann Thiersch'sche Transplantation sehr gute Dienste geleistet, welche er durch den Gehörgang ausführte.

Dr. Kaufmann: Ein Fall von Morbus Ménièrei.

Eine 31jährige — bis auf eine kurzdauernde Influenza stets gesund, speciell niemals ohrenkrank gewesene — Frau von der Klinik des Prof. Gruber ging am Abend des 6. August d. J. sehr rasch in's Theater, trank dort erhitzt Wasser, befand sich aber vollkommen wohl. Auf dem Heimwege bekam sie etwas Ohrensausen, legte sich zu Bette und erwachte plötzlich um ½1 Uhr Nachts mit heftigem Schwindel, Uebelkeit, Erbrechen, intensivem Sausen im linken Ohre und completer Taubheit daselbst. Gleichzeitig cessirte die Menstruation, die damals den zweiten Tag bestand.

Das Erbrechen wiederholte sich durch die drei nächstfolgenden Tage

Digitized by Google

häufig — mindestens 6—8 Mal täglich, der Schwindel war so heftig, dass Pat. durch 12 Tage das Bett nicht verlassen konnte. Die Taubheit blieb unverändert. Die Menstruation, die sonst regelmässig 7 Tage dauerte und in Interwallen von 28 Tagen eintrat, stellte sich erst nach 37 Tagen wieder ein und ist seither wieder in Ordnung.

Die Untersuchung der Pat. ergiebt vollkommen normale innere Organe, kein Symptom von Hysterie. Normales Trommelfellbild beiderseits, normale Tuben. Links complete Taubheit für Ohr und Sprache, von Stimmgabeltönen werden nur tiefe durch Luftleitung gehört. Weber rechts. Schwindel besteht noch jetzt zeitweise, besonders im Dunkeln und deutlich bei Bewegung mit geschlossenen Augen.

Die bisher eingeleitete Therapie war ohne jeden Erfolg. Jetzt wird auch eine Pilocarpinkur begonnen werden.

Politzer bemerkt, dass der erste Fall, den Menière selbst beobachtete, ein ähnlicher war.

Gruber erwähnt, dass die von ihm bisher beobachteten Fälle von ausgesprochenem M. M. meist beiderseitig waren, besonders jene, welche plötzlich mit Schwindel und Taubheit einsetzten. Einseitige typische Fälle, wie der eben vorgestellte, seien selten. Die Stimmgabeluntersuchungsresultate haben bei M. M. lange nicht den Werth, den man ihnen beizumessen geneigt ist, und halte er die Stellung einer sicheren Diagnose aus dem Stimmgabelbefunde allein für nicht möglich. Was den Verlauf betreffe, habe Gr. die ausgesprochenen Fälle von M. M. auf der Basis von Blutaustritt in's Labyrinth nie besser werden gesehen. Solche Blutungen bedingen immer eine schlechte Prognose.

Urbantschitsch erwähnt eines ganz gleichen Falles aus der Privatpraxis von einseitiger Ertaubung, und erinnert daran, dass die Ursache für plötzliche Ertaubung nicht nur in Labyrinthblutungen, sondern auch in centralen Vorgängen gesucht werden kann.

Politzer erklärt den Fall Kaufmann's für eine Labyrintherkrankung und nicht für Nerventaubheit; er legt doch mehr Gewicht auf die Stimmgabeluntersuchung, namentlich auf die Reaction auf tiefe Töne im Zusammenhalte mit den übrigen Erscheinungen. Ferner gebe es auch Fälle mit Menière'schen Symptomen, die im Mittelohre ihren Sitz haben.

Dr. Alt erwähnt einen Fall von Leukämie, bei dem plötzlich M.'sche Symptome auftraten, und der bald danach zur Section kam. Er wird den Sectionsbefund seiner Zeit mittheilen.

Gomperz ermahnt, immer eine genaue interne Untersuchung vorzunehmen, da solche Symptome auch bei Herzfehlern auf embolischer Grundlage entstehen können.

Ein Fall von Carcinoma auris.

M. C, 60 Jahre alt, erschien Mitte August d. J. im Ambulatorium der Klinik Gruber mit der Angabe, seit frühester Kindheit an linksseitiger Otorrhoe zu leiden, seit Mitte April d. J. sei Facialislähmung links dazu getreten und seit etwa 6 Wochen habe er Schmerzen im Ohr.

Die Untersuchung ergab links complete Facialislähmung, der Gehörgang links „mit gangränösen Polypen" gefüllt, von Mittelohrgebilden nichts sichtbar. Warzenfortsatz äusserlich normal. Taubheit für Uhr, Sprache; Weber rechts. Es wurde die Diagnose auf Otit. med. suppur. chron. mit Mitbetheiligung des Warzenfortsatzes gestellt und die Radical-

Digitized by Google

operation mit Plastik der membranösen Gehörgangswand ausgeführt. Der Proc. mastoid. zeigte sich vollkommen sclerosirt, kein zelliges Antrum vorhanden, das Cavum tympani vollgefüllt mit „derben Granulationen". Vollkommen afebriler Wundverlauf, jedoch mit sehr raschem Nachwuchern der Granulationsmassen, die bald aus der sehr gross angelegten Wundöffnung hervorwucherten. Mitte September zeigte sich dann auch derbe Infiltration der Wundränder und es ward klar, dass es sich um ein malignes Neoplasma handeln müsse; die microscopische Untersuchung ergab zweifellos Carcinoma, das wahrscheinlich von der Schleimhaut des Mittelohres seinen Ausgangspunkt genommen haben dürfte.

Jetzt ist der Gehörgang und die Wunde ausgefüllt mit derber Carcinommasse, welche in mehr als eigrosser Ausdehnung als exulcerirter Tumor über das Niveau des Warzenfortsatzes hervorragt. An der hinteren Fläche des Lobulus eine über wallnussgrosse, metastatische Geschwulst, die Umgebung der Wunde zweifingerbreit, die Drüsen bis in die Fossa supraclavicularis derb infiltrirt. Metastasen sonst keine nachweisbar. Facialisparalyse und Taubheit fortbestehend. Abmagerung und geringer Grad von Cachexie.

Gruber macht darauf aufmerksam, dass er gleich, als er den operirten Kranken zum ersten Male sah, die Aeusserung machte, dass man es mit einer malignen Neubildung zu thun habe. Die gleich vorgenommene microscopische Untersuchung zeigte, dass es sich thatsächlich um ein Carcinom handelte.

Gruber hat in letzterer Zeit drei ähnliche Fälle gesehen, die alle operirt wurden, weil man die Natur des Processes nicht frühzeitig erkannte. In frühen Stadien sehen die Fälle oft aus, wie gewöhnliche Fälle von Caries, man lässt sich leicht verleiten, die Operation zu machen, die ja bei Carcinom immer nur das Ende beschleunigt. Gruber warnt vor der Operation beim geringsten Verdacht auf das Vorhandensein einer malignen Neubildung.

1. Demonstration eines Präparates von Otitis media acuta ohne Perforation des Trommelfelles mit Pyämie in Folge von Phlebitis im Bulbus venae jugularis.

Das Präparat stammt von einer 19jährigen Patientin, aus der Gebärklinik, welche am 19. September d. J. im Ambulatorium der Klinik Gruber wegen einer seit zwei Tagen bestehenden Otitis media acuta im linken Ohre untersucht wurde. Paracentese des Trommelfells wurde nicht eingeführt und die Kranke angewiesen, am nächsten Tage wiederzukommen. Am nächsten Tage trat hohes Fieber auf, am 21. wurde Patientin normal entbunden. Das Fieber hielt an, schwere Allgemeinerscheinungen, Schmerzhaftigkeit der Gelenke, Unruhe, Delirien, am 23. Exitus letalis. Die Obductionsdiagnose (Professor Kolisko) lautete: Pyosepticaemia ex thrombophlebitide venae jugularis in bulbo jugulari ossis temporalis sin. post otitidem mediam acutam sinistr. cum abscesso metastatico lobi inferior. pulmon. sinistr. et pleuritide sinistr. cum phlegmone metastatica musculorum antibrochii utriusque et suvae dextr., cum tumore lienis acuto, degeneratione parenchymatosa organorum nec non cum endometritide metastatica post partum. (Erscheint ausführlicher.)

Hierauf hielt Alt seinen Vortrag: „Versuch zur Bestimmung eines Schallleitungshindernisses". (Ausführlich im vorigen Hefte enthalten.)

Digitized by Google

Discussion nach dem Vortrage.

Prof. Politzer weist darauf hin, dass sein Stimmgabelversuch bei Schwellung der Tubenschleimhaut ausführbar sei und glaubt, dass auch der von Alt empfohlene Versuch in diesem Falle verwertet werden könnte. Er bezweifelt ferner, ob in der normaliter verschlossenen Tube eine Luftsäule mitschwingen könne.

Alt erwidert, dass bei einem Falle von Tubenschwellung der Versuch — wenn auch nicht so prompt, wie sonst — ausführbar sei, weil hierbei noch die Kopfknochenleitung in Betracht käme. Er glaubt ferner, dass beim Singen mit geschlossenem Munde die Tubenmuskulatur angespannt und die Tube hierdurch eröffnet werde.

Prof. Gruber hat den Versuch erprobt und gefunden, dass derselbe auch in Fällen von Destruction des Trommelfells ein promptes Resultat ergebe. Der Versuch könnte immerhin verwerthet werden, wenn man gerade keine Stimmgabel zur Hand hat, um den Weber'schen auszuführen.

Sitzungs-Bericht

aus der

New-Yorker Academy of Medecine vom 15. Juli 1895.

Section für Laryngologie und Rhinologie.

Vorsitzender: Dr. J. Bryson Delavan, Präsident.

Dr. Walter F. Chappell stellt eine 46jährige Frau vor, deren Anamnese nichts Besonderes bietet. Vor fünf Jahren Beginn der Erkrankung mit Gefühl von Trockenheit in Augen und Nase, die allmählig weiterschreitet. Schwellung der Parotis. Häufiger Drang zum Uriniren. Wackeln der Zähne. Schwierigkeit beim Kauen. Niedrige Temperatur. Specifisches Gewicht des Urins erhöht, kein Zucker, kein Eiweiss. Vor zwei Monaten Schlaganfall, von dem Patientin sich noch nicht erholt hat. Sie klagt hauptsächlich über Trockenheit im Mund, hat aber durch die Behandlung mit Nervinis und Pilocarpin keine Erleichterung erfahren.

Der Process wird einer Veränderung im Centralnervensystem zugeschrieben.

Der vom Vortragenden vorgestellte Fall ist der 22., 21 sind in der Literatur beschrieben, er zeigt alle Symptome.

Dr. Beverley Robinson berichtet von einem ähnlichen Fall. Patientin nimmt, um die (rechts stärkere) Trockenheit im Munde erträglicher zu machen, stets etwas in den Mund.

Dr. Richardson hat einen ähnlichen Fall gesehen. Die 60jährige Patientin bemerkte die Speichelverminderung zuerst, als sie keine Freimarken mehr lecken konnte. Vermehrter Urin. Frühes Wackeln der Zähne. Subacute Conjunctivitis. Keine Schwellung der Parotis. Therapie (Pilocarpin, Electricität) ohne Erfolg.

Dr. Clarence C. Rice fragt nach der Pathologie der Speicheldrüsen.

Dr. Andrew H. Smith fragt nach dem histologischen Befund derselben und nach einem etwaigen Zusammenhang mit dem Verdauungscanal.

Dr. Chappell erinnert sich keiner microscopischer Untersuchung

Digitized by Google

und giebt an, dass die vorgestellte Patientin an hartnäckigen Verdauungsstörungen leidet.

Dr. Thomas J. Harris: Sarcom der Nase. Operation. Heilung.

Seit zwei Jahren Verschluss der Nase und heftiges Nasenbluten links. Unter Aether wurde die Böckel'sche Operation gemacht und die vom Siebbein ausgehende Geschwulst unter sehr starker Blutung mit den Fingern ausgeschält. Der gut hühnereigrosse Tumor erwies sich als Rundzellensarcom. Der Patient zeigt jetzt (ein Jahr nach der Operation) kein Recidiv.

Dr. Harris: Larynxphthise. Heilung.

Arytänoidknorpel birnförmig geschwollen. Ulcerationen an den aryepiglottischen Falten und beiden Sinus pyriformis. Curettement mit nachfolgender Aetzung durch Acid. lactic. waren ebenso wirkungslos wie Jodoform und Höllenstein. Erst erneutes Curettement mit nachfolgender Application von Ichthyol waren von fast unmittelbarem günstigen Erfolg. Die 68jährige Frau erfreut sich augenblicklich einer guten Gesundheit. Das Sputum war nicht auf Tuberkelbacillen untersucht worden.

Dr. Harris: Ein Fall von Adenom der Nase.

Dem 78jährigen Patienten waren vor zwei Jahren Geschwulstmassen, welche beide Nasenlöcher ausfüllten und für Myome gehalten worden waren, mit der kalten Schlinge vom Vortragenden entfernt worden, der die Basis (sie entsprangen vom Siebbein) auskratzte. Mehrere Recidive. Anatomisch-pathologisch erwiesen sich später entfernte Massen als Mischformen eines Adenoms. Im letzten November abermaliges Recidiv links mit Schmerzen und Exophthalmus. Von einer Radicaloperation wurde wegen des hohen Alters des Patienten Abstand genommen.

Dr. Jonathan Wright möchte mit der Diagnose zurückhalten, bis Jodkali gegeben und Syphilis eventuell ausgeschlossen ist. Er hatte das von Dr. Harris entfernte Stück microscopisch untersucht und bis auf einige kleine Rund- und einige Spindelzellen, die er aber für junge Bindegewebe hält, reines Adenom constatiren können.

Dr. Gleitsmann bezweifelt die Diagnose in Chappell's Fall von Larynxphthise nicht, vermisst aber die Bacillenuntersuchung und betrachtet Ichthyol nur als eines von vielen in solchen Fällen anwendbaren Mitteln.

Dr. Passmore Berens hält Ichthyol fast für ein Specificum bei tuberculösen und luetischen Larynxulcerationen.

Dr. Robinson hat fortgeschrittene Larynxphthisen ohne entsprechenden Lungenbefund in geringer Anzahl gesehen.

Dr. Delavan glaubt, dass man bei Heilung von Larynxphthise mit Rücksicht auf den Lungenbefund nur von relativer Heilung sprechen könne.

Dr. James E. H. Nichols stellt ein 19jähriges Mädchen vor, das durch die Pfeife eines alten Syphilitikers Lues acquirirte, Periostitis des Oberkiefers, der Nasenmuscheln, des Septums, des harten Gaumens und schliesslich der Nasenbeine bekam. Künstliches Nasengerüst aus Gold mit gutem cosmetischen Erfolg, was von Dr. Hopkins bestätigt wird.

Dr. Clarence C. Rice: Wichtigkeit der Anwendung von Jodkalium bei zweifelhaften Larynxerkrankungen.

Digitized by Google

Bei den Trachomen handelt es sich oft um Syphilis. Bei malignen Neoplasmen sollte zunächst immer Jodkali gegeben werden.

Dr. Delavan stimmt dem bei.

Dr. Robinson glaubt, dass in Fällen mit Stenose und Dyspnoe auch unangenehme Wirkungen hervorgerufen werden können, während andererseits das Jodkali auf entzündliche Erscheinungen von zweifelhaftem rheumatische oder gichtischen Character günstig einwirken könne.

Dr. Robert C. Myles hält Structurveränderungen in Folge von Syphilis im Kehlkopf für seltener als an anderen Stellen, und zwar in Folge des hier mehr angewandten Jodkalis. Stern.

II. Kritiken.

Die Nasenhöhle und ihre Nebenräume in Gypsmodellen natürlicher Grösse, nach Schnitten eines Spiritusschädels hergestellt, zur Einführung in die rhinologische Praxis, sowie zur Demonstration und Einübung specialistischer Technicismen für Studenten, practische Aerzte, Specialisten und Lehrer. Von Dr. Odo Betz, Heilbronn a. N.

Die Krankheiten der Nasenhöhle und deren Nebenräumen waren in den letzten 15 Jahren Gegenstand des eifrigsten Studiums. Thatsächlich weist auch sowohl die Pathologie als auch die Therapie einen nennenswerthen Fortschritt auf. Zum grössten Theile ist dieser Fortschritt dem genaueren anatomischen Studium der betreffenden Gebilde zu danken, und die Ansicht, dass ohne genaue anatomische Kenntnisse gerade auf diesem Gebiete eine erfolgreiche ärztliche Thätigkeit nicht gedacht werden kann, ist eine allgemein anerkannte.

Dem gegenüber steht aber die grosse Schwierigkeit, die nöthigen anatomischen Studienobjecte zu erlangen, was besonders auf dem Lande der Fall ist, und daraus folgt schon, dass gut gefertigte Modelle, besonders in natürlicher Grösse, der beifälligen Aufnahme gewärtig sein können. Lehrer und Studirende werden sie mit Nutzen verwenden und dem Autor Dank wissen.

Die vorliegenden Modelle sind aus Gyps gefertigt und stellen dar:

Modell I. Rechten medianen Sagittalschnitt der Nasen-Rachenhöhle.

Modell II. Rechten medianen Sagittalschnitt mit Abtragung der beiden Siebbeinmuscheln und des Septums der Stirnbeinhöhlen.

Modell III. Linken sagittalen Medianschnitt.

Modell IV. Linke Keilbeinhöhle und hintere Siebbeinzellen.

Eine kleine Broschüre mit zwei Tafeln, auf denen die genaue Abbildung der Modelle gegeben ist, bringt die klare Beschreibung derselben, welche der weitesten Verbreitung werth sind. Die Gypsmodelle sind durch die Buchhandlung von Herrn Julius Determann in Heilbronn zu beziehen. G.

Digitized by Google

III. Referate.

a) Otologische:

Ein Fall von Mittelohrerkrankung, in welchem ein dadurch verursachter Schläfenlappenabscess durch die Nase entleert wurde. Section. (A case of disease of the middle ear, in which a resulting temporo-sphenoidal abscess discharged through the nose; necropsy.) Von Boyce Barrow, London. (Lancet, 29. Juni 1895.)

Bei der Kranken, welche schon wiederholt wegen Mittelohr- und Antrumeiterungen operirt worden war, traten die Erscheinungen von Hirnabscess auf; während der daraufhin unternommenen Operation ergoss sich eine grosse Menge Eiter durch den Mund, weshalb die Operation unterbrochen wurde. Trotz der fortdauernden Entleerung durch den Mund starb die Kranke; bei der Section wurde der mit der Nase durch die Lamina cribrosa zusammenhängende Schläfenlappenabscess gefunden. Auch von Bristowe wird angegeben, dass sich Hirnabscesse durch die Nase entleeren könnten. M. Schm.

Zur Differentialdiagnose der Mittelohr- und Labyrintherkrankungen. Von Dr. Ludwig Jankau (Arch. f. Ohrenheilkunde XXXIV, VIII.)

Politzer's bekannte Versuche mit dem dreiarmigen Schlauche, sowie die Lucae's mit dem Doppelotoscop haben ergeben, dass diesen Prüfungsmethoden wenig Werth für die Diagnostik der Ohrerkrankungen bezüglich ihres Sitzes beizumessen sei.

Jankau hat die Versuche mit dem Doppelotoscop wieder aufgenommen und so werthvoll für die Differentialdiagnose befunden, dass er empfiehlt, die objective Untersuchung mittelst Stimmgabel und zwei Otoscopen stets den üblichen Stimmgabelversuchen anzureihen, da sie mindestens ebenso verlässlich sei, wie die Prüfung der Kopfknochenleitung; man werde immer vom erkrankten, resp. bei beiderseitiger Affection vom stärker erkrankten Ohre her bei Affectionen des Schalleitungsapparates einen stärkeren, bei Affectionen des schallempfindenden Apparates einen schwächeren Ton hören, wenn der Versuch unter den schon von Politzer angegebenen Cautelen angestellt wurde.

Das Fundament, auf welches Jankau diese und noch andere Resultate aufbaut, erscheint so wenig sorgfältig und stichhaltig begründet, dass seine Mittheilungen mit der entsprechenden Reserve aufzunehmen sind.

Gomperz.

Ein Fall von hysterischer absoluter Taubheit. Von J. W. Deknatel, Utrecht. (Nederl. Tijdschrift voor Geneesk. 1895, II, No. 19.)

D. hat im Militärspital in Utrecht einen der seltenen Fälle von absoluter doppelseitiger Taubheit hysterischer Natur zu beobachten Gelegenheit gehabt. Der Pat. war ein 19jähriger Soldat, bei dem zufälliger Weise vom Arzt eine Herabsetzung des Gehörs auf der rechten Seite entdeckt wurde.

Eine Ansammlung von Cerumen wurde gefunden und mittelst der Spritze entfernt. Anstatt zu verbessern, nahm jedoch die Hörschärfe nach dieser Behandlung rasch ab. Die dann in Anwendung gezogene

Digitized by Google

Politzer'sche Luftdouche löste einen epileptiformen Insult aus. Bald darauf war Pat. vollständig taub. Nicht die Spur von Gehör, auch nicht für Knochenleitung; kein Ohrensausen, kein Schwindel. Von Simulation war nicht die Rede; auch konnte Pat. durch Schalleinflüsse nicht aus dem Schlafe erweckt werden. Der Zustand machte den Eindruck eines ernsten Labyrinthleidens; allein Dr. Zwaardemaker wies nach, dass der galvanische Schwindel in ganz normaler Weise bereits bei 1,5 Milliampères zu Stande kam, und dass auf dem Kreidl'schen Drehstuhle ein normaler Rotations-Nystagmus auftrat. Dieses Intactsein des statischen Organes, bei absoluter Anästhesie der Gehörfasern, plaidirte entschieden gegen ein Labyrinthleiden, wofür ja auch kein ätiologisches Moment vorhanden wäre. Zwaardemaker stellte dann die Diagnose der psychischen Natur des Leidens. Die Richtigkeit dieser Ansicht, und zwar der hysterische Character des Leidens, ergab sich aus der näheren Untersuchung. Pat. hatte auf beiden Augen, auch für Farben, eine erhebliche concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, und bei Druck auf der Iliocoecal-Gegend entstand ein exquisiter hysterischer Anfall.

Die Heilung kam durch Suggestion zu Stande. Nachdem eine vollständige Genesung durch Electricität in sehr suggestiver Weise versprochen worden, wurde der Inductionsstrom applicirt. Es trat ein hysterischer Anfall auf. Als Pat. noch ohne Bewusstsein, mit tiefer und frequenter Athmung da lag, und dann eine Stimmgabel mit Resonator vor dem rechten Ohr kräftig angeschlagen wurde, sprang Pat. plötzlich aufrecht, sah wie in Extase um sich her, erwachte und hörte augenblicklich in jeder Richtung vollkommen normal. Zu gleicher Zeit war auch die Einengung des Gesichtsfeldes verschwunden. Die Heilung war eine bleibende.

Im Anschluss an diese sehr sorgfältig bearbeitete Krankengeschichte giebt D. aus der Literatur eine Zusammenstellung von 10 Fällen von absoluter hysterischer Taubheit. H. Burger.

Ueber eine Methode, macroscopische Präparate des Gehörorganes durchsichtig zu machen. Von Dr. L. Katz. (Arch. f. Ohrenheilkund XXXIV, IX.)

Beliebig lange, bis zu 3/4 Ctm. dicke Stücke von entkalkten, nicht macerirten Schläfebeinen, welche 24 Stunden in absolutem Alcohol, dann in Xylol oder Nelkenöl, endlich in Canadabalsam gelegen haben, werden nach 24 Stunden vollkommen durchsichtig. Die Aufbewahrung geschieht in geeigneten Glasbehältern, in denen die Präparate bei 4—5maliger Vergrösserung schöne Uebersichtsbilder geben. In ähnlicher Weise lassen sich ganze Schläfebeine kleinerer Thiere durchsichtig machen; durch derartige Behandlung der Labyrinthe kleiner Thiere, z. B. der Maus, erhält man sehr lehrreiche und schöne Uebersichtsbilder.

Macerirte menschliche Schläfebeine werden in toto in 30proc. Salzsäure entkalkt und nach der Entwässerung in Xylol gebracht; besonders wenn Luft in die Labyrinthräume dringt, gewinnt man dann eine vorzügliche Uebersicht über die halbzirkelförmigen Canäle, Vorhof, Schnecke und Aquaeducte. Gomperz.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Ueber die sogenannten acuten Abscesse der Nasenscheidewand. (Abscessus acuti septi narium.) Von Dr. L Wróblewski. (Arch. für Laryngolog. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 287, 1895.)

Diese Abscesse sind nach W. keineswegs selten. Ihre häufigste Ursache ist ein Trauma; selten entstehen sie in Folge von Operationen im Naseninnern. Der Mechanismus der Entstehung traumatischer Abscesse sei folgender: Nach einem Schlag auf die Nase erfolgt eine Blutung, theilweise nach aussen, theilweise zwischen Perichondrium und Knorpel der Nasenscheidewand; die Schleimhaut löst sich ab, gewöhnlich auf beiden Seiten, indem sie mit Blut gefüllte Tumoren bildet. Dieses Blut wird rasch in Eiter umgewandelt und die Knorpelnecrose erfolgt zuweilen schon in wenigen Stunden. — Die einzig wahre Ursache der Entstehung der Nasenscheidewandabscesse ist zweifellos das Eindringen von eitererregenden Microben; auf welchem Wege dies geschieht, ist nicht immer zu bestimmen, jedenfalls geschieht dies oft durch die oberflächlichen Epithelabschilferungen (Excoriationes), welche an dieser Stelle leicht, ja sogar beim Abwischen der Nase entstehen können. Die idiopathischen Abscesse entstehen gewöhnlich langsam unter den Erscheinungen des acuten Nasencatarrhs. — Die anderen Abscesse schliesslich treten so schleichend auf, dass die Kranken keine Symptome für den Beginn anzugeben im Stande sind. Die symptomatischen endlich (im Verlaufe von Pocken, Typhus, Erysipel etc.) lenken Angesichts der schweren Grundkrankheit zumeist erst spät die Aufmerksamkeit auf sich. — Die einzig rationelle Behandlung ist die chirurgische. Je rascher und je breiter eröffnet wird, desto bessere Resultate. In keinem seiner Fälle sah W. eine Durchlöcherung der Nasenscheidewand zurückbleiben, wie dies nach einigen Autoren zumeist der Fall sein soll. Auch die Einsenkung des Nasenrückens bei doppelseitigen Abscessen kann bei frühzeitiger Diagnose, Incision und entsprechender Behandlung vermieden werden. 14 Krankengeschichten illustriren die Ausführungen des Autors. Beschorner.

Ausgebreitete Necrose der Nasenscheidewand und der linken unteren Nasenmuschel. (Observation de nécrose considérable de la cloison et du cornet inférieur gauche.) Von Dr. Jouslain. (Arch. internat. de Laryngolog. etc. Bd. VIII, No. 3, Mai/Juni 1895.)

Der Fall betrifft einen 42 Jahre alten Gemeindediener mit Lues. Der sehr grosse, durch eine Abbildung veranschaulichte Sequester wurde in toto mit der Zange entfernt. Beschorner.

Perforationen des Nasenseptum. (Perforations of the nasal septum.) Von Adolph Rupp, M. D., New-York. (Medical Record, 22. Decbr. 1894.)

Nach einer eingehenden Besprechung des genannten Leidens an der Hand eines sehr fleissigen Literaturstudiums kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Congenitale oder Entwicklungs-Perforationen sind sehr selten. Sie sind nach der Ansicht der Autoritäten entweder bedingt durch perverse oder eingehaltene Entwicklung oder durch einen den sich entwickeln-

Digitized by Google

den Geweben eingepflanzten pathologischen Process. 2) Die durch schwere directe Gewalt verursachten Perforationen sind ebenfalls selten. 3) Die durch constitutionelle Einflüsse bedingten Perforationen sind wenigstens während ihrer Entstehung von entsprechenden Symptomen der ursächlichen Krankheit begleitet. Die Schleimhaut des Septum ist aber besonders disponirt. Wenn auch die Syphilis eine Perforation hinterlassen kann, die nach Ansicht von Jurasz und Anderen alle Zeichen des sogenannten perforirenden Geschwürs der Nasenscheidewand trägt, so wird doch in vielen Fällen die klinische Geschichte und die Therapie die Diagnose klar stellen können, wenn Zweifel bestanden. Die alleinige Anamnese von Syphilis bei einem Kranken ist noch kein positiver Beweis dafür, dass die Perforation durch syphilitische Einflüsse bedingt sei. 4) Einfache entzündliche Erkrankungen des Septum, Perichondritis und Abscess können Anlass zu Perforationen geben.

Die meisten von vielen Beobachtern entdeckten Perforationen sassen in dem knorpligen Theil des Septum, sie waren rundlich oder oval. Nach der Ansicht der Mehrzahl der Beobachter haben sie mit Syphilis nichts zu thun. Sie sind in den meisten Fällen wahrscheinlich nur local gangränöse Erscheinungen, vielleicht bacteriellen Einflüssen zuzuschreiben, vielleicht trophoneurotischen Ursachen, vielleicht auch dem Zusammentreffen von mancherlei Ursachen. Die wahre Natur dieser Erkrankung ist noch zu entdecken. In vielen Fällen war weder auf der Schleimhaut, noch in den anderen intranasalen Geweben etwas Unrechtes zu finden.

In therapeutischer Hinsicht möge man zu viel Reizung und Zerstörung der ernährenden Gewebe vermeiden. M. Schm.

Ein Fall von S-förmiger Verbiegung der Nasenscheidewand, erfolgreich mittelst einer Reihe von Operationen und des Gebrauchs von Retentionsapparaten behandelt. (A case of S-shaped distortion of the Septum nasi successfully treated by a series of operations and the use of retentive apparatus.) Von Spencer Watson, London. (Lancet, 13. Juli 1895.)

Die Behandlung des Falles mittelst vier Operationen dauerte von April bis Ende November. Die Schwierigkeiten entstanden aus der Vereinigung der seitlichen Knorpel mit dem Septum an dem Rücken der Nase, die durch ein besonderes meisselartiges Instrument eingeschnitten werden mussten und dann in der Verwachsung des knöchernen Septum vorne unten mit einer Hervorragung, die von aussen kam. Auch diese musste eingeschnitten und entfernt werden, wonach es dann gelang, die Nase gerade zu stellen. Die Stellung wurde dann noch länger durch eine Nasenpelotte unterhalten. Das Endergebniss war für die Function sehr befriedigend, ebenso wie für die äussere Gestalt der Nase.

M. Schm.

Zwei Fälle von heftiger Trigeminusneuralgie, die durch Nasenerkrankung veranlasst waren. (Two cases of severe trigeminal neuralgia due to nasal disease.) Von Mayo Collier, M. S., London. (Lancet, 13. Juli 1895.)

Der eine Fall dauerte bereits zwölf Jahre, der andere vier, beide waren nie in der Nase untersucht worden, im ersten war die Excision

Digitized by Google

des Nervus infraorbitalis von einem hervorragenden Chirurgen vorgeschlagen gewesen. Beide erwiesen sich als durch Erkrankung der mittleren Muscheln veranlasst und wurden durch die Wegnahme der erkrankten Theile der Muschel geheilt. M. Schm.

Turbinotomie, zum ersten Mal in Indien ausgeführt. Ihre Wirkung auf Ohraffectionen. (Operation of Turbinotomy performed for the first time in India. Its Effects on Affections of the Ear.) Von H. J. Sadysett, Bombay. August 1895.

Autor führte an einem 12jährigen Mädchen, das seit Jahren an constantem Catarrh der Nase, Schmerzen im linken Ohr und fötidem Ausfluss aus demselben, sowie heftigem Sausen litt, die Turbinotomie aus. Vorher hatte er allerdings die Otorrhoe durch Borsäurebehandlung zum Stillstand gebracht. Die eigentliche Indication zur Operation war erschwerte Mundathmung in Folge sehr starker Hypertrophie der unteren Muschel links.

Zwecks der Operation wurde Jones' Sperrhaken in das Nasenloch eingelegt und das Messer mit seiner schneidenden Seite gegen die kranke Muschel zu gerichtet eingeführt, während Autor den Zeigefinger der linken Hand in's Cavum brachte und mit dessen Hilfe den Ring des Messers in die richtige Lage um die Schwellung herum führte.

Die Blutung war einige Minuten stark, wurde aber durch Cauterisation gestillt. Tamponade.

Nach zweiwöchentlicher Nachbehandlung keine Mundathmung, keine Verwachsung. Catarrh, Schmerzen und Ausfluss aus dem Ohr sind völlig verschwunden, ebenso die Geräusche. Stern.

Beunruhigende Hämorrhagie als Folge einer Eröffnung des Antrum Highmori vom Alveolarfortsatz aus. (Alarming Haemorrhage following the opering of the Antrum of Highmore through the Alveolar Process.) Von W. Scheppegrell, A. M., M. D. New-Orleans. September 1895.

Unter 28 Fällen, in denen Autor obige Operation ausführte, hatte er nur ein einziges Mal eine heftige Blutung. Da er in keinem der Specialwerke einen Hinweis auf eine etwaige Blutung bei der Cooperschen Eröffnung des Antrums gefunden hat, so veröffentlicht er den Fall.

Die 33jährige Patientin litt seit drei Jahren an neuralgischen Schmerzen in der Gegend des rechten Auges und an fötider Eiterung aus dem rechten Nasenloch, in dem auch einige Polypen sassen. Vor acht Jahren war einmal heftiges Nasenbluten aufgetreten. Eine Hämophile war Patientin aber nicht. Denn verschiedene Zahnextractionen waren ohne besondere Blutung verlaufen und eine Schnittwunde am Finger war prompt geheilt. Nach Einspritzung einer 3proc. Cocainlösung in das Zahnfleisch wurde die Alveole des ersten Molaris, der schon früher entfernt worden war, mit der electrischen Trephine geöffnet. Sofort trat eine so heftige Blutung ein, dass nach schleunigster Auswaschung der Höhle mit Borsäurelösung diese mit Jodoformgaze austamponirt wurde. Zwei Minuten lang hörte scheinbar die Blutung auf, dann aber floss Blut aus dem rechten Nasenloch. Die Gaze wurde entfernt und nunmehr die ganze Höhle fest ausgestopft.

Digitized by Google

Patientin wurde ohnmächtig.

Bei jedem folgenden Verbandwechsel verlor sie viel Blut, so dass sie sehr herunterkam. Dies ging vier Wochen lang so fort. Mit Rücksicht auf eine mögliche Zersetzung musste dabei trotz des ständigen Blutverlustes die zeitweilige Entfernung der Gaze vorgenommen werden.

Darauf wurde die Kranke mit entsprechenden Verordnungen für drei Wochen auf's Land geschickt, von welchem sie gekräftigt und mit geschlossener Alveolaröffnung zurückkam. Das Antrum wurde noch eine Zeit lang bis zu der noch andauernden Heilung von der Nase aus behandelt und die Polypen ohne besondere Blutung entfernt.

Autor erklärt sich die stets recidivirenden Blutungen, gegen die sich auch Galvanocaustik als machtlos erwiesen hatte, durch angiomatöse Entartung der Antrumschleimhaut an der Stelle, an welcher die Trephine in das Antrum eindrang. Stern.

Bromaethylnarcose bei den postnasalen adenoiden Vegetationen. (Ethyl Bromid Anesthesia in post-nasal adenoid Growths.) Von G. Morgenthau, M. D., Chicago. (Journ. of the amer. med. Association, 9. März 1895.)

Verf. giebt an der Hand von 100 Fällen eine Uebersicht seiner günstigen Erfahrungen mit der Methode. Ausser Erbrechen in drei Fällen, was vielleicht damit zusammenhängen mag, dass er auch Kinder nach dem Essen operirt, hat er zweimal ohne irgend sonstiges Missbefinden der Kranken eine graue, geisterähnliche Färbung des Gesichts beobachtet, die zwei Wochen anhielt. Ref. hat in weit über 1000 Fällen nie etwas Aehnliches gesehen. Als einen Vortheil sieht Verf. mit Recht an, dass die Reflexe, wenigstens bei dem hier nöthigen Grad der Narcose, nicht ganz aufgehoben sind und in Folge dessen Aspiration der abgeschnittenen Mandel in die Luftröhre nicht stattfindet. Auch er hält bei normalen Kindern die Anwendung nicht für nöthig, wenn es sich um die Entfernung nur einer Mandel handelt. Verf. bespricht am Schlusse die einschlagende Literatur. M. Schm.

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber rheumatische und verwandte Erkrankungen des Pharynx, des Kehlkopfes und der Nase. (On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx and nose.) Von W. Freudenthal, M. D., New-York. (Med. Record., 16. Februar 1895.)

Verf. nimmt verschiedene Formen der Erkrankung an. Zunächst die subacute und chronische Laryngitis, die allen örtlichen Behandlungen trotzt, aber den antirheumatischen Mitteln rasch weicht. Die zweite Form bilden die Erkrankungen des Cricoarytänoidalgelenks, von denen auch von Deutschen, z. B. von E. Meyer, Fälle beschrieben worden sind. Die Fälle hatten entweder gichtische Erscheinungen in den Gelenken oder die von Hinkel beschriebene Lithämia, d. h. eine Gicht ohne Gelenkerkrankungen, aber mit Ueberschuss von Harnsäure im Urin und phosphorsaurem Kalk im Urin. Zu den rheumatischen Affectionen des Schlundes rechnet er die von Fletcher Ingalls und Thorner zu-

Digitized by Google

erst beschriebenen, einem Rheumatismus articulorum acutus vorhergehenden oder gleich nachfolgenden Anginen, die ja auch in Deutschland beobachtet worden sind, besonders aber das Ulcus benignum Heryng's, dass er in 4 Fällen gesehen, aber nicht an der von Heryng als characteristisch angegebenen Stelle, sondern in der hinteren Schlundwand oder an den hinteren Gaumenbogen. Thorner sehe gerade diesen als den häufigsten Sitz neben der Zungenwurzel an. Zu den rheumatischen Erkrankungen der Nase will er einen grossen Theil der acuten Coryzafälle rechnen. Als Rheumatismus der Nase beschreibt er sodann zwei Fälle, in welchen eine starke und hartnäckige Schwellung der Nasenschleimhaut in Verbindung mit Anfällen von Rheumat. art. acutus auftrat und nach dem Aufhören desselben verschwand, ohne dass ein Abscess des Septum oder sonstwo die Ursache der Schwellung gewesen. M. Schm.

Mechanismus der verschiedenen Arten, das Athmen wieder hervorzurufen. (Mécanisme des divers procédés de rappel de la respiration.) Von Dr. Laborde. (Académie de médecine de Paris, Séance du 5 Février 1895 und Semaine médicale No. 7, 1895.)

Das Einblasen von Mund zu Mund bei Neugeborenen bringt nur sehr wenig Luft in den Larynx und in die Bronchien; ausserdem ist es noch Exspirationsluft, welche also als Luft dem Scheintodten wenig nützen kann; aber die eingeblasene Luft reizt die Rachen- und Larynxschleimhaut und bringt den Respirationsreflex hervor. Das Einblasen von Luft mittelst der Larynxröhre wirkt nicht nur durch die eingeblasene Luft, welche reizt, sondern durch ihren Contact schon allein; bei scheintodten Thieren genügt das Einführen der Larynxröhre ohne Lufteinblasen, um den Respirationsreflex hervorzurufen. Die directen Methoden, wie Peitschen, Thoraxmassage etc. können dahin zurückgeführt werden, dass sie einen peripherischen Reiz darstellen, welcher indirect wirkt. Die Zungenmethode wirkt auf die sensiblen Respirationsnerven, namentlich auf den Laryngeus superior und Glossopharyngeus und stellt so den stärksten directen Reiz dar; sie ist leicht auszuführen und kann gar keine Nachtheile bringen. Dr. P. K.

Bildung von Speichelstein über den unteren Schneidezähnen in Folge habitueller Mundathmung. (On the formation of Salivary Calculus over the Inferior Incisors, caused by habitual Mouth-Breathing.) Von Prof. Guye, Amsterdam. Vorgetragen auf dem holländischen Congress für Medicin und Naturwissenschaften in Amsterdam, Mai 1895. (The Journal of Laryngology, Rhinology and Otology, July 1895.)

Guye hat neben George Catlin und Bloch schon früher darauf hingewiesen, dass die Mundathmung den Zähnen schädlich ist, da sie letztere der Kälte und der Trockenheit aussetzt Er macht jetzt darauf aufmerksam, dass man in fast allen Fällen von dauernder Mundathmung bei den betreffenden Patienten durch Herabdrücken der Unterlippe mittelst Spaten am Zahnfleischrand von drei oder vier Schneidezähnen, zuweilen auch von einem oder beiden Eckzähnen eine Zahnsteinkruste nachweisen könne, welche alle möglichen Arten hinsichtlich Ausdehnung, Farbe und Zusammensetzung zeige, welche aber bei allen anderen Zähnen,

Digitized by Google

die von Wangen- und Lippenschleimhaut bedeckt seien, absolut fehle. Um diesen Zahnstein herum ist in der Regel das Zahnfleisch mehr oder weniger geschwollen, entzündet und bisweilen zu Blutungen geneigt. Nach Entfernung des Zahnsteins ist es aber bald wieder in normalem Zustand. Schreitet der Process ungestört fort, so incrustirt sich die Zahnoberfläche nach unten immer weiter, dringt sogar zwischen Zahn und Alveolus ein, bringt letzteren zur Atrophie und ersteren dadurch zur Lockerung.

Guye betrachtet diese Zahnsteinbildung als „Stigma der Mundathmung".

Der Stein ist hauptsächlich ein Niederschlag von phosphor- und kohlensauren Salzen aus dem Speichel und den Incrustationen an den Zähnen. Ob Microorganismen eine Rolle spielen, ist zweifelhaft. Es kommt ausserdem noch an der Zungenfläche derselben Schneidezähne und der Kaufläche der oberen Molaren vor, namentlich wenn diese cariös sind.

Findet man den Zahnstein an der vorderen Seite der unteren Schneidezähne, so muss nicht nur er, sondern auch seine Ursache — die Mundathmung — beseitigt werden. Stern.

Ein Mandelstein von ungewöhnlicher Grösse. Von Dr. A. Rosenberg in Berlin. (Archiv f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 3, pag. 405, 1895.)

Concrement von 4 Ctm. Länge, 1½ Ctm. Höhe und Breite, 9½ Grm. Gewicht, überwiegend aus Kohlen- und phosphorsaurem Kalke bestehend, einer 35jährigen Bäuerin des Gouvernements Smolensk entstammend, welche 17 Jahre lang Schmerzen im Halse hatte. Dieses Concrement war in die rechte Tonsille eingebettet und mit einer ¾ Ctm. im Durchmesser messenden Borke bedeckt, nach deren Entfernung sich eine Fisteläffnung zeigte, durch die hindurch man mit der Sonde auf den steinharten Körper stiess. Es gelang, ihn mit der Kornzange zu fassen und unter Anwendung einiger Gewalt unverletzt herauszuholen.

Beschorner.

Mandelschanker. (Chancre de l'amygdale.) Von Dr. Buleley. (Transactions of the Medical Society of the State of New-York und Revue de laryngologie No. 22, 1894.)

Unter 2000 Syphilisfällen fand Verf. 111 Fälle extragenitalen und unter letzteren 15 Fälle von Mandelschanker. Alle waren für Diphtheritis, Influenza und Amygdalitis angesehen worden. Das sicherste Symptom dabei ist die Induration, welche allein in demselben Grade bei Epithelioma vorkommt. Die Submaxillarschwellung und die anderen Symptome helfen zur Diagnose. Dr. P. K.

Zur Wirkung des Schilddrüseninhaltes auf den thierischen Organismus. (Experimentaluntersuchung aus dem klinischen Laboratorium des Akademikers L. W. Popoff.) Von K. N. Georgiewski. (Botkin's Hospitalzeitung No. 21, 1895.) (Russisch.)

Verf. fütterte Hunde mit 50—100 Gramm frischer Schilddrüse vom Rinde pro Tag, auch applicirte er einigen Hunden Schilddrüsensaft subcutan (1—8 Cbctm. pro Tag). Bei allen Hunden entwickelte sich

Digitized by Google

schon in der zweiten Woche bedeutende Tachycardie (150—200) bei erhöhtem Blutdruck. Zugleich starker Eiweisszerfall (Gewichtsabnahme, Azoturie). Auch erschien Zucker im Harn (bis 1,7 pCt.). Die Temperatur war meist etwas erhöht, sub finem erniedrigt. Bei ununterbrochener Application trat immer der Tod ein. Bei der Section fanden sich Hyperämie und selbst capilläre Blutungen in der Medulla oblongata. Experimente an Kaninchen ergaben dieselben Resultate.

Gorodecki.

Ueber Veränderungen in der Schilddrüse bei einigen acuten und chronischen Krankheiten. (Aus dem Laboratorium des städtischen Obuchow-Hospitals.) Von Dr. A. N. Sokoloff. (Botkin's Hospital-Ztg. No. 19, 1895.) (Russisch.)

Verf. untersuchte die Schilddrüse von Leichen jugendlicher Personen, die an folgenden Krankheiten verstorben waren:

9 Fälle an asiatischer Cholera,
6 „ „ Septicämie,
3 „ „ Typhus abdominalis,
3 „ „ Influenza,
2 „ „ croupöser Pneumonie,
1 „ „ acuter gelber Leberatrophie,
2 „ „ chronischer parenchym. Nephritis,
1 „ „ perniciöser Anämie,
1 „ „ Morbus Addisonii,
1 „ „ „ Basedowii.

Bei den acuten Krankheiten fand Verf. fast in allen Fällen Fettdegeneration des Follikelepithels, gewöhnlich combinirt mit Abschilferung dasselben. In sämmtlichen Fällen war auch parenchymatöse Schwellung und albuminöse Degeneration zu finden. Die Veränderungen waren am stärksten ausgeprägt bei croupöser Pneumonie mit Vereiterung, sodann in abnehmender Intensität bei Septicämie, acuter gelber Leberatrophie, Cholera (besonders Typhoid), Typhus abdominalis und Influenza.

Bei den chronischen Erkrankungen waren die Veränderungen weniger prägnant.

Gorodecki.

Ueber Diphtherie bei Säuglingen. Von N. J. Gruss. (Wratsch No. 20, 1895.)

Verf. beobachtete in der Petersburger Findlingsanstalt vom Februar bis Mai dieses Jahres 13 Fälle von Diphtherie mit Löffler'schen Bacillen. Bei einem Kinde erschien die Krankheit am 18. Lebenstage, bei zweien am 19., bei dreien in der 3. Woche, bei einem in der 5., bei einem in der 8., bei zweien im 3. Monat, bei dreien im 5. Monat. In allen Fällen wurde das Secret der Nase und des Pharynx bacteriologisch untersucht, die geimpften Thiere gingen alle an Diphtherie zu Grunde. 11 Kinder wurden mit Serum behandelt (drei mit Behring No. I, eines mit Behring No. II, sieben mit Petersburger Serum à 1000 Einheiten). Davon starben sieben, zwei genasen, zwei noch in Beobachtung.

Gorodecki.

Digitized by Google

Zur Frage von der Häufigkeit und Dauer der Persistenz virulenter Diphtheriebacillen im Rachen nach Genesung von Diphtherie. Von G. P. Gladin. (Botkin's Hospitalzeitig No. 21, 1895.) (Russisch)

Verf. untersuchte 20 Reconvalescenten von Diphtherie zwischen dem 5.—45. Tage nach der Genesung und fand bei 4 virulente Löffler'sche Bacillen, bei 5 nicht virulente, bei 11 gar keine den Löffler'schen ähnliche. Er meint, dass die Serumbehandlung auch in dieser Hinsicht günstig wirke, indem sie den Geweben der behandelten Personen bactericide Eigenschaften verleihe. Gorodecki.

Primärer Croup bei einem 7jährigen, mit Larynxpapillom behafteten Kinde. Intubation durch 6 Wochen hindurch, schliessl. Tracheotomie. (Croup d'emblée chez un enfant de 7 ans, atteint de papillomes du larynx; intubation pendant six semoines, puis trachéotomie.) Von Dr. Luc. (Arch. internationales de laryngol. etc., Bd. VII, No. 6, Novbr./Decbr. 1894.)

Ein 7jähriger Knabe erkrankte an Laryngitis pseudomembranacea non diphth. Es wurde, da die Stenosen-Erscheinungen zu bedenklicher Höhe stiegen, intubirt und die Intubation, da eine freie Athmung immer wieder durch Suffocations-Anfälle unterbrochen wurde, durch 6 Wochen hindurch fortgesetzt. Doch auch diese erwies sich als unzulänglich, und da sich im Verlaufe genannter Zeit herausstellte, dass Papillome die Glottis verlegten, wurde die Tracheotomie als nothwendig erachtet und soll nun nach vorausgegangener Laryngofission eine gründliche Beseitigung der Neubildung erfolgen. Beschorner.

Torticolis von Ohrenleiden herrührend. (Torticolis ab aure laesa.) Von Dr. Gellé. (Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris, Séance du 9 Novembre 1894.)

Es werden alle möglichen Schiefhalsstellungen bei Ohrenleiden beobachtet; es giebt also einen auricularen Schiefhals ebenso wie es einen Ocularschiefhals giebt. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Gehör ist in constantem Verkehr mit den Rotationsmuskeln des Kopfes und des Halses; 2) sowohl die Pathologie als das Experiment haben die Aetiologie zwischen Ohrenleiden und den Contracturen des Sternocleidomastoideus und den Schiefstellungen des Kopfes dargethan; dies zeigt sich besonders bei spontanen und traumatischen Eiterungen des Mittelohres und der Trommelhöhle; 3) klinisch ist dieser Zusammenhang auch nachgewiesen; die Pseudomeningitis der Kinder, welche nach der Entleerung des Eiters aus dem Ohre einen günstigen Verlauf nimmt, ist allbekannt; 4) bei kleinen Kindern treten diese Erscheinungen auf eine besondere Weise auf: starke Schmerzen, Schreien und Klagen von abwechselnder Intensität, Delirien und Hallucinationen; die Schmerzen treten am deutlichsten auf und bestehen, sobald der Kopf nicht im Gleichgewicht liegt; 5) wenn der Torticolis als erstes Symptom auftritt, ist das Ohrenleiden nicht so leicht zu erkennen; 6) ausser den inflammatorischen und eiternden Ohrenleiden kann das Leiden des Sternocleidomastoideus nach geheiltem und vernarbtem Ohrenleiden fortbestehen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Intubation mit gewaltsamer Dilatation des Larynx während weniger Minuten, für diphtheritische und croupöse Laryngitis. (Intubation with forced dilatation of the larynx, lasting only a few minutes, for diphtheritic and croupous laryngitis.) Von Dr. L. Bors. (N.-Y. Medical Journal, June 29, 1895.)

Das von Bors angegebene Instrument besteht aus einer O'Dwyer-schen Canüle, die in zwei durch ein Charnier verbundene Hälften getheilt, und deren einer Theil an einem Leitungsrohr befestigt ist, welches mittelst einer am Handgriff befindlichen Schraube die bewegliche Hälfte der Canüle beträchtlich abduciren lässt und dadurch die Dilatation des Larynx bewerkstelligt.

Da die krankhaften Membranen nicht an allen Theilen des Larynx gleich fest haften, sucht Bors die Nützlichkeit seines Instrumentes dadurch zu begründen, dass durch die gewaltsame Dilatation das Lumen des Larynx in wenigen Minuten wieder hergestellt wird, und dass ferner durch schnelles und wiederholtes Oeffnen und Schliessen der Canüle die Membranen gelöst und dann später ausgehustet werden.

Er hat fast nie öfter als zwei Mal Regeneration der Membranen beobachtet, rathet aber in solchen Fällen zu öfterer Wiederholung der Dilatation während zwei bis drei Tagen. G—n.

Ueber die Classificirung der neuro-motorischen Kehlkopf-Störungen. (Sur la classification des troubles neuro-moteurs du larynx.) Von Dr. P. Rangé. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII., No. 3, Mai/Juni 1895.)

R.'s Eintheilung der neuro-motorischen Störungen deckt sich in der Hauptsache mit derjenigen, welche wohl als die älteste und bekannteste zu gelten hat: Phonische, respiratorische und totale Lähmungen.

Beschorner.

Ueber äussere Untersuchung des Kehlkopfes. Von Dr. C. Gerhardt. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 281, 1895.)

Zeichen von Kehlkopfkrankheiten werden nicht nur allein durch Spiegeluntersuchung gewonnen, sondern der Beobachtung der Stimme, der Besichtigung der Rachenorgane und der Betrachtung und Betastung der vorderen Fläche des Halses entnommen. — G. bespricht die letzteren, soweit sie sich auf Bewegungen des Kehlkopfes oder der Luftröhre beziehen, insbesondere die Athembewegungen des Kehlkopfes, seine Stellung und die Athemgeräusche bei Athemnoth, bedingt durch die verschiedensten Vorgänge in Kehlkopf und Luftröhre; die Pulsationen des Kehlkopfs z. B. bei Aortenaneurysma, die verschiedenen Tastempfindungen und Druckwirkungen an und auf den Kehlkopf, wie sie sich bei Stimmbandlähmung oder bei Geschwulst- oder Geschwürsbildung, welche die Stimmbänder schwingungsunfähig machen, herausstellen und wie sie nicht selten geeignet sind, über die Art der Kehlkopfaffection Aufschluss zu geben. Einige dieser Vorgänge werden durch zwei instructive hochinteressante Krankengeschichten illustrirt. Beschorner.

Digitized by Google

Erklärung.

Die auf Seite 81 seines Werkes über die Krankheiten der Nase u. s. w. von Herrn Professor Dr. Störk gemachte Mittheilung, dass ich ihm im Jahre 1886 von 150 durch die Fossa canina von mir vorgenommenen Eröffnungen der Kieferhöhle erzählt hätte, ist eine gänzlich irrthümliche, was Herr Prof. Störk in der Wiener klin. Wochenschr. No. 46 inzwischen selbst anerkannt hat. Näheres über meine Erfahrungen über die Eiterungen der Nebenhöhlen findet sich im Journal of Laryngology 1895, No. 10—12.

Danzig, den 16. December 1895. Dr. Ziem.

Eingesendet.

Nach dem Ableben des Herrn Professor Moos in Heidelberg ist die Redaction der seither von ihm redigirten deutschen Ausgabe der von Professor Knapp in New-York begründeten „Zeitschrift für Ohrenheilkunde“ an die Herren Professor Körner in Rostock und Dr. Arthur Hartmann in Berlin in der Arbeitstheilung übergegangen, dass Professor Körner die Redaction der Original-Beiträge, Dr. Arthur Hartmann die der Berichterstattung einschliesslich der Berichte über Versammlungen übernommen hat.

INHALT.

I. Originalien: Gruber: Ueber eine abnorme Höhle im Felsentheile des Schläfebeins. — Panse: Bemerkung zu dem Referate des Herrn Gomperz in No. IX, den Jahresbericht der Ohrenklinik zu Halle von 1890/91 betreffend. — Gomperz: Erwiderung auf die vorstehende Bemerkung des Herrn Dr. Rudolf Panse. — Jonquière: Die Behandlung des phonischen Stimmritzenkrampfes. — Bergeat: Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre. (Schluss.) — Oesterreichische otologische Gesellschaft. — Sitzungs-Bericht aus der New-Yorker Academy of Medecine vom 15. Juli 1895. — II. Kritiken: Betz: Die Nasenhöhle und ihre Nebenräume in Gypsmodellen natürlicher Grösse, nach Schnitten eines Spiritusschädels hergestellt. — III. Referate: a) Otologische: Barrow: Ein Fall von Mittelohrerkrankung, in welchem ein dadurch verursachter Schläfenlappenabscess durch die Nase entleert wurde. — Jankau: Zur Differentialdiagnose der Mittelohr- und Labyrintherkrankungen. — Deknatel: Ein Fall von hysterischer absoluter Taubheit. — Katz: Ueber eine Methode, macroscopische Präparate des Gehörorganes durchsichtig zu machen. — b) Rhinologische: Wróblewski: Ueber die sogenannten acuten Abscesse der Nasenscheidewand. — Jouslain: Ausgebreitete Necrose der Nasenscheidewand und der linken unteren Nasenmuschel. — Rupp: Perforationen des Nasenseptum. — Watson: Ein Fall von S-förmiger Verbiegung der Nasenscheidewand, erfolgreich mittelst einer Reihe von Operationen und des Gebrauchs von Retentionsapparaten behandelt. — Collier: Zwei Fälle von heftiger Trigeminusneuralgie, die durch Nasenerkrankung veranlasst waren. — Sadysett: Turbinotomie, zum ersten Mal in Indien ausgeführt. Ihre Wirkung auf Ohraffectionen. — Scheppegrell: Beunruhigende Hämorrhagie als Folge einer Eröffnung des Antrum Highmori vom Alveolarfortsatz aus. — Morgenthau: Bromaethylnarcose bei den postnasalen adenoiden Vegetationen. — c) Pharyngo-laryngologische: Freudenthal: Ueber rheumatische und verwandte Erkrankungen des Pharynx, des Kehlkopfes und der Nase. — Laborde: Mechanismus der verschiedenen Arten, das Athmen wieder hervorzurufen. — Guye: Bildung von Speichelstein über den unteren Schneidezähnen in Folge habitueller Mundathmung. — Rosenberg: Ein Mandelstein von ungewöhnlicher Grösse. — Buleley: Mandelschanker. — Georgiewski: Zur Wirkung des Schilddrüseninhaltes auf den thierischen Organismus. — Sokoloff: Ueber Veränderungen in der Schilddrüse bei einigen acuten und chronischen Krankheiten. — Gruss: Ueber Diphtherie bei Säuglingen. — Gladin: Zur Frage von der Häufigkeit und Dauer der Persistenz virulenter Diphtheriebacillen im Rachen nach Genesung von Diphtherie. — Luc: Primärer Croup bei einem 7jährigen, mit Larynxpapillom behafteten Kinde. Intubation durch 6 Wochen hindurch, schliessl. Tracheotomie. — Gellé: Torticolis von Ohrenleiden herrührend. — Bors: Intubation mit gewaltsamer Dilatation des Larynx während weniger Minuten, für diphtheritische und croupöse Laryngitis. — Rangé: Ueber die Classificirung der neuro-motorischen Kehlkopf-Störungen. — Gerhardt: Ueber äussere Untersuchung des Kehlkopfes. — Erklärung. — Eingesendet.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz)
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google